Nr. 36. 4. września 1932 Rok XI.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

WYKŁAD KLINICZNY.

Prof. Dr. J. ZUBRZYCKI. Kraków.

Miesiączka, jako zagadnienie biologiczne [1]).

Z Kliniki Położniczej i chorób kobiecych U. J. w Krakowie.
Dyrektor: Prof. Dr. J. Zubrzycki.

Celowe przystosowanie się czynności ustroju do całokształtu warunków bytu, widoczne w przyrodzie na każdym kroku, zaznacza się między innemi i w przejawach życiowych, mających na celu utrzymanie gatunku. Zabezpieczenie i stworzenie jak najlepszych warunków dla przeniesienia i dalszego utrzymania życia w innym osobniku — oto zadanie, które, jako stanowiące jedno z najważniejszych zadań przyrody, w szczególniejszym stopniu jest obwarowane pewnemi urządzeniami, wprowadzającemi nas w podziw tak pod względem swojego celowego przystosowania się do warunków bytu, jako też i swojej doskonałości. W związku z tem zagadnieniem chciałbym dzisiaj zająć pokrótce uwagę Państwa jednem tylko z tych urządzeń przyrody, z któremi spotykamy się u człowieka i które zdaniem mojem mają na celu stworzenie właśnie jak najlepszych warunków dla rozrodu, a tem samem dla utrzymania gatunku. Chcę mówić o powszechnie znanem zjawisku fizjologicznem, określanem mianem miesiączki, kończącem okresowe zmiany, występujące w błonie śluzowej trzonu macicy.

Błona śluzowa trzonu macicy o tyle zajmuje odrębne stanowisko wśród reszty błon śluzowych ustroju ludzkiego, że ulega, jak to badania Hitschmanna i Adlera wykazały, stałym okresowym zmianom, powtarzającym się co dwadzieściaośm dni.

Zmiany te występują po raz pierwszy w okresie pokwitania płciowego, a kończą się w okresie przekwitania. Trwają więc przez ten cały czas życia kobiety, w którym ona zdolna jest do przekazania życia nowej jednostce gatunku.

Przedstawię najpierw pokrótce okresowe zmiany, zachodzące w śluzówce trzonu macicy. Wykazująca niezmienne zachowanie pod względem swojej budowy anatomicznej, cienka warstwa błony śluzowej trzonu, zawierająca nieliczne gruczoły — w pewnym okresie życia kobiety, a mianowicie w chwili dojścia do dojrzałości płciowej, zaczyna ulegać znacznym zmianom. Zmiany te są spostrzegalne już gołem okiem, a pod mikroskopem cechują się w zasadzie w rozwoju swym dwoma okresami. Pierwszy z nich, to tak zwany okres przerostowy, w którym cienka warstwa błony śluzowej wyraźnie grubieje skutkiem przerostu wszystkich swoich składników. Rozróżnić w niej wtedy można dwie warstwy: podstawową i nowo utworzoną, tak zwaną czynną o podścielisku z wiotkiej tkanki łącznej, zawierającej liczne porozszerzane gruczoły. Ten okres przerostowy trwa przez dni dziesięć do czternastu. Po upływie tego czasu błona śluzowa ulega dalszym zmianom, charakterystycznym dla drugiego okresu, tak zwanego okresu wydzielniczego lub przedciążowego błony śluzowej trzonu. Naczynia się rozszerzają, komórki tkanki łącznej zaokrąglają swe zarysy mniej lub więcej wyraźnie, gruczoły rozrastają się jeszcze bardziej, a w komórkach ich gromadzi się wydzielina. Wydzielina ta przedostaje się zczasem powoli do światła gruczołów, wypełniając je szczelnie i wędrując ku ich ujściom. Dalsze losy tak zmienionej błony śluzowej trzonu, znajdującej się w okresie przedciążowym, zależne są od tego, czy jaje, które rozpoczęło swoją wędrówkę, uległo zapłodnieniu, czy też nie, i zależnie od tego mogą być dwojakie. W pierwszym wypadku w błonie tej tworzą się dalsze zmiany, przeobrażające ją w typową doczesną ciążowa, mającą za zadanie ułatwienie zagnieżdżenia się jaja i jego następowy rozwój. W drugim, tak zmieniona błona śluzowa trzonu straciwszy, wskutek niezapłodnienia jaja cel swojego istnienia ulega zniszczeniu i wydaleniu nazewnątrz. Komórki jej wyrodnieją, a większe i mniejsze płaty odrywają się od podłoża. Powoduje to przerwanie światła naczyń krwionośnych, a w związku z tem wylewy krwi do wnętrza trzonu, która nie krzepnie, lecz mieszając się z wydzieliną gruczołów w postaci płynnej zostaje pod wpływem skurczu mięśnia macicznego wydalona nazewnątrz, wraz ze strzępkami rozpadłej śluzówki. Cała tak zwana warstwa czynnościowa śluzówki przygotowana na zagnieżdżenie się zapłodnionego jaja ulega zniszczeniu. Pozostaje tylko warstwa podstawowa. Rana powstała we wnętrzu trzonu macicy, jako wynik oderwania się warstwy czynnościowej, oczyszcza się po upływie kilku dni i pokrywa nabłonkiem narastającym z dna gruczołów, pozostałych w warstwie podstawowej, a cała poprzednio opisana czynność przerostowa śluzówki rozpoczyna się znowu na nowo. To niszczenie warstwy czynnościowej śluzówki, połączone z objawem wypływania krwi nazewnątrz z narządów rodnych, powtarzające się w razie nieobecności zapłodnionego jaja w ustroju ludzkim co dwadzieściaośm dni, określamy mianem miesiączki.

Jeżeli teraz zapytamy o znaczenie tego zjawiska dla ustroju, biorąc pod uwagę momenty biologiczne, to musimy dojść do wniosku, że ciągłe powstawanie i powtarzanie się okresowych zmian w śluzówce trzonu macicy ma bardzo doniosłe znaczenie dla sprawy rozrodu, a tem samem dla utrzymania gatunku. Błona śluzowa z okresu wydzielniczego, powstająca z błony śluzowej okresu przerostowego, ulegając dalszym zmianom, wykazuje wszelkie cechy zaczątków charakterystycznych dla właściwej doczesnej ciążowej. Dlatego też okres ten nazywamy także okresem przedciążowym, a zmiany w śluzówce podczas niego spotykane zmianami przedciążowemi. Oba zaś okresy razem zupełnie słusznie nazwaćby można okresem przygotowawczym dla ciąży, gdyż w czasie ich trwania rozpoczyna się przeobrażanie śluzówki w doczesną, bez której prawidłowe zagnieżdżenie się i rozwój jaja nie może dojść do skutku. W razie niezapłodnienia jaja celowość dalszego rozrostu śluzówki trzonu ustaje i powierzchowne jej warstwy ulegają zniszczeniu. Możemy śmiało rzec, że przyroda, chcąc stworzyć w krótkim, czterotygodniowym czasie, świeże, odpowiednie warunki, jak najlepsze dla zaszczepienia i rozwoju nowo dojrzałego jaja, które może ulec zapłodnieniu, niszczy szybko, bo w ciągu kilku dni, w czasie miesiączki wynik całej swojej poprzedniej, pozornie bezowocnej twórczości, zaczynając swą pracę od nowa, by łańcuch tych przemian, stwarzających bezustanną gotowość ustroju dla zachowania gatunku, przerwać w chwili zapłodnienia jaja, wytworzeniem doczesnej.

W opisanych zjawiskach rzuca się w oczy rozrzutność przyrody, która w tym wypadku, bez względu na ekonomję pracy i ekonomję materji dąży za wszelką cenę do stworzenia jak najlepszych warunków, zabezpieczających trwałość danego gatunku.

Celowość zjawiska miesiączki stanowi zagadnienie, jeszcze po dzień dzisiejszy właściwie nierozstrzygnięte, a zapatrywania autorów, dotyczące tej sprawy, różnią się od siebie częstokroć skrajnie odmiennem ujęciem. Jeszcze ciągle pewna duża część badaczy uważa okresowo występujące krwawienia z macicy u kobiety za proces czyszczący lub odtruwający. Twierdzą oni, że wraz z krwią pozbywa się ustrój bliżej nam nieznanych trujących ciał. Opierają zaś swoje twierdzenie na przesądach ludowych i przepisach rytualnych wschodnich narodów, oraz na zjawisku, spostrzeganem przez Schicka o szkodliwem działaniu potu kobiety miesiączkującej na rośliny kwitnące i na fermentację drożdżową. To szkodliwe działanie ma być, zdaniem Schicka, spowodowane wydzielaniem się w pocie i krwi w czasie miesiączki ciał trujących, bliżej nieokreślonych, które nazywa on w myśl wniosku Groera *menotoksynami*. Badania późniejszych autorów, a przedewszystkiem Saengera i Gegenbacha, przeprowadzone na bardzo licznym materjale, nie potwierdziły w żadnym wypadku spostrzeżeń Schicka. Badacze ci odnosili zjawisko opisane przez niego do braku czystości u spostrzeganych kobiet. Mojem zdaniem nie należy podawać w wątpliwość prawdziwości zjawisk podawanych przez Schicka, pomimo to, że liczne badania przeprowadzone w tym kierunku przez Gegenbacha nie potwierdziły ich słuszności a to dlatego, że z drugiej strony badania innych autorów wykazały do pewnego stopnia, niejednostajne wprawdzie, ale zawsze pewne oddziaływanie potu kobiet miesiączkujących na motoryczne nerwy żaby (Lánczos) i na przebieg fermentacji drożdżowej (Dietl, Polano). Przyczyny jednak tych zjawisk dopatrują się autorowie ci nie w jakichś nieznanych i bliżej nieokreślonych ciałach *(menotoksyny)*, lecz raczej w tem, że w po-

[1]) Wykład wygłoszony w Towarzystwie Lekarskiem Krakowskiem dnia 16. grudnia 1931.

cie kobiet miesiączkujących spotykamy zwiększoną ilość ciał, które jednak już i w prawidłowych warunkach w nim się znajdują, jak cholina, powstająca z niej także tylamina (L á n c z o s, K l a u s) i kreatynina (G e g e n b a c h, P o l a n o, D i e t l), a których obecność może wpływać na przebieg fermentacji drożdżowej. Zwiększenie ilości tych ciał w pocie w tym okresie czasu odnieść należy ich zdaniem do wzmożonej czynności wydzielniczej gruczołów potnych, których czynność, jak wogóle wszystkich innych gruczołów w ustroju, pozostaje w związku z zachowaniem się układu wegetatywnego, pod wpływem którego zwiększają one lub zmniejszają swoją sprawność wydzielniczą w miarę przestrojenia ustroju. Okres miesiączki cechuje się właśnie takiem przestrojeniem ustroju i to w postaci podniesienia wrażliwości całego układu wegetatywnego pod każdym względem i w każdej jego dziedzinie i to niezależnie od rodzaju jego pierwotnego nastawienia (A r n t z, S e i t z, D a h l m a n n, F u n k e, H e y n, F e n d e l). Pozostaje to najprawdopodobniej w związku ze zmniejszeniem się w czasie miesiączki ilości hormonu rujowego w ustroju kobiety, (R o b e r t, F r a n k, G o l d b e r g e r, S i e b k e), którego wpływ hamujący na układ nerwowy wegetatywny stwierdzono wielokrotnie. Nie można również wykluczyć, że i zniknięcie hormonu ciałka żółtego w okresie miesiączki może odgrywać tu pewną rolę, zwłaszcza o ile weźmie się pod uwagę to, iż wspólność zależności wydzielniczej wszystkich gruczołów dokrewnych ustroju musi wykazywać pewne odchylenia z chwilą, gdy jeden z nich zaniknie lub utraci swoje własności wydzielnicze.

Temże samem przestrojeniem ustroju, jak również i odmienną czynnością gruczołów dokrewnych w okresie miesiączki, wywołaną zniknięciem z ustroju u kobiety dwóch hormonów, a mianowicie hormonu pęcherzykowego (rujowego) i hormonu ciałka żółtego można wytłumaczyć występowanie rozmaitych zjawisk w czasie prawidłowej miesiączki, których pojawianie się odnoszono do ciał trujących, mających się wytwarzać w czasie miesiączki. Mam tu na myśli naprzykład zmiany chorobowe, powstające przejściowo w skórze w czasie miesiączki (O p e l, P o l l a n d, M a t z e n a u e r, W i r t z), oraz zaburzenia stwierdzone w pewnym odsetku przypadków u dzieci, w czasie miesiączkowania ich karmicielek. To ostatnie zjawisko zależne jest od zmienionej czynności gruczołu mlecznego w czasie miesiączki, którego czynność zależy również od układu wegetatywnego, jak również od stężenia hormonu pęcherzykowego w ustroju, ten ostatni ma wywierać niemały wpływ, niewiadomo czy bezpośredni, czy pośredni na wydzielanie mleka (L a q u e u r, J o n g h). Także i pojawianie się tak zwanych zastępczych krwawień miesięcznych znajduje swoje wytłumaczenie we wzmożeniu przepuszczalności ścian naczyń krwionośnych (S c h r ö d e r) w okresie miesiączkowym, wywołanym fizjologicznem zmniejszeniem ilości hormonu pęcherzykowego w ustroju w tym okresie czasu, chociaż niektórzy (A s c h n e r) dopatrują się w tem zjawisku dążności ustroju do pozbycia się ciał trujących, nagromadzonych rzekomo we krwi kobiety z powodu braku krwawień miesięcznych.

Zdaniem mojem przyczynowość zjawisk, o których ostatnio wspomniano, nie odgrywa większej roli w zajmującem nas zagadnieniu. Bez względu bowiem na to, czy są one wywołane przestrojeniem ustroju, wynikłem z hormonalnej natury sprawy, czy też inna jest ich przyczyna, uważać je można tylko co najwyżej za zjawiska towarzyszące miesiączce, jak wiele innych i nie mające dla niej jako zjawiska biologicznego zasadniczego znaczenia. Pomimo to jednak zaznaczyć należy, że pewna część badaczy, jak to już wyżej wspomniałem, przecież do dzisiaj jeszcze uważa miesiączkę za zjawisko, mające na celu oczyszczenie względnie odtrucie ustroju kobiety. Przyczyna tego leży nietylko w spostrzeganiu wymienionych powyżej zjawisk w czasie miesiączki, lecz i w tem, że wogóle rozstrzygnięcie znaczenia i celowości miesiączki nie jest proste. Dowodzi tego rozmaitość zapatrywań na to zjawisko. Dość wspomnieć, że naprzykład V i r c h o w i O r t h porównywali miesiączkę ze sprawami zapalnemi, toczącemi się w błonie śluzowej macicy a R o b e r t M e y e r, który docenia już doniosłość znaczenia zmian cyklicznych śluzówki trzonu dla spraw rozrodu, pomimo to uważa jednak miesiączkę za pomyłkę natury, do pewnego stopnia za zjawisko patologiczne i odmawia jej, jako takiej, wszelkiej celowości.

Ujęcie więc zagadnienia miesiączki z punktu widzenia znaczenia jej dla sprawy utrzymania gatunku — a więc miesiączki, jako zjawiska, które nie jest samo w sobie końcowym celem, lecz zjawiskiem doskonale umożliwiającem stworzenie jak najlepszych i świeżych warunków dla zaszczepienia się dojrzewającego jaja, — wyjaśniłoby tem samem jej znaczenie i rolę w ustroju. W tem znaczeniu pojętą miesiączkę należy uważać za zjawisko, które, stanowiąc istotną część przemian zachodzących okresowo w śluzówce trzonu macicy, przyczynia się do możliwości odnowy tej śluzówki i zapewnia tem samem ciągłą gotowość ustroju do przyjęcia każdego bez wyjątku dojrzałego jaja w razie, gdyby ono uległo zapłodnieniu i zyskało tem samem w czasie swojego rozwoju zdolność zagnieżdżenia się w tkance ustroju matki.

Zastanawiając się głębiej nad sprawą zmian okresowych śluzówki trzonu macicy i z nią związaną sprawą miesiączki u człowieka, dojść musimy do wniosku, że zjawiska te, tak doniosłe pod względem swego znaczenia i tak bądź co bądź zawiłe i misterne, nie mogły pojawić się nagle w całej swej doskonałości u najwyższego ze ssaków, lecz że poprzedzać je musi pewne rozwojowe przygotowanie u innych gatunków stworzeń. Badania dotyczące tej sprawy, ujętej z tego punktu widzenia, są stosunkowo nieliczne, lecz i tak z uzyskanych dotychczas danych możemy sobie o nich wyrobić pojęcie, porównując zmiany zachodzące okresowo u różnych gatunków zwierząt w tych odcinkach narządów rodnych, które odpowiadają macicy u człowieka.

Już u ryb, gadów, płazów i ptaków spotykamy w częściach narządów rodnych, służących do wydalania jaja, zjawiska, pojawiające się okresowo, które mogłyby stanowić poniekąd pierwowzór podobnych zmian spotykanych u człowieka, a które mają na celu zapewnić ochronę i odżywienie jaja. Występują one w okresie dojrzewania i składania jaj, polegają zaś na wzmożeniu czynności gruczołów w tak zwanym odcinku gruczołowym, powodującej powstawanie wydzieliny, która u tych zwierząt otacza tylko jajko, chroniąc je w ten sposób w czasie rozwoju.

O wiele wyraźniej sprawy te przedstawiają się u ssaków, u których czynności rozrodcze i z niemi pozostające w związku zmiany w narządach rodnych są bardziej zawiłe i bardziej charakterystyczne, niż u niższych kręgowców, a przebiegają u różnych grup i rodzajów zwierząt rozmaicie. Pojawiają się one również okresowo a długotrwałość pojedyńczych okresów zależna jest od częstotliwości okresu godowego. I te jednak zjawiska, o ile są przebadane to nie są jeszcze ujęte z punktu widzenia najnowszych zapatrywań na ich przyczynowość, nie ulega jednak najmniejszej wątpliwości, że wykazują znaczne różnice w przebiegu anatomicznym i fizjologicznym z analogicznemi zjawiskami biologicznemi, spostrzeganemi u człowieka, nie różniąc się jednak w zasadzie od nich. Cechują się one — ogólnie rzecz biorąc — zmianami w narządach rodnych. Ze zmian tych, ze względu na zajmujące nas zagadnienie, uwzględnię tylko występujące w tym odcinku kanału rodnego, który odpowiada macicy u człowieka. W tym to odcinku u ssaków pojawiają się okresowo zupełnie podobne zmiany jak u człowieka, polegające na przeroście i wzmożeniu wydzieliny gruczołów. Trwają one rozmaicie długo i pod wpływem rozmaitych bodźców ulegają bądźto zmianom wstecznym, bądź też dalszemu rozwojowi, zależnie od gatunku zwierzęcia. U przeważnej liczby zwierząt szczytowi okresu wzrostowego błony śluzowej macicy odpowiada okres rui, w którym poza zmianami w śluzówce macicy przychodzi do odpowiednich zmian i w śluzówce pochwy, a u niektórych i do pojawienia się wydzieliny krwawej, drogą przesączania, bez równoczesnego zniszczenia powierzchownych warstw śluzówki. Okres przerostowy śluzówki nie przechodzi bezpośrednio w okres wydzielniczy, lecz w pewnym momencie następuje załamanie się zjawisk przerostowych. W śluzówce pojawiają się zmiany wsteczne, których dalszy postęp ustaje naprzykład u gryzoniów tylko w razie i w pewien czas po pokryciu zwierzęcia, poczem dopiero ulega ona dalszemu przeobrażeniu w okres wydzielniczy. Zmiany, odpowiadające okresowi wydzielniczemu w śluzówce macicy cofają się lub też rozwijają w dalszym ciągu, zależnie od tego, czy jaje ulegnie zapłodnieniu czy też nie. Ta dwufazowość w okresie przygotowawczym zaznacza się mniej lub więcej wyraźnie, zależnie od gatunku zwierzęcia. U małp, zupełnie podobnie, jak i u człowieka czynność ta przebiega jednofazowo.

Z powyższych spostrzeżeń poczynionych u zwierząt, możnaby wysnuć wniosek, że ta dwufazowość zjawisk ma dwojaki cel.

W okresie zmian przerostowych w śluzówce trzonu, odpowiadających rui, ma ona stworzyć warunki umożliwiające i usposabiające do pokrycia, w okresie zaś zmian wydzielniczych, czyli tak zwanych przedciążowych, ma stworzyć jak najlepsze warunki dla zaszczepienia i rozwoju jaja. Poza tem istnieje jeszcze zasadnicza różnica w zjawiskach tych u człowieka a u innych ssaków. Polega ona na tem, że okres przedciążowy u człowieka kończy się nagle i ostro, wydaleniem nazewnątrz warstwy czynnej śluzówki trzonu, połączonem z krwawieniem, u zwierząt zaś z wyjątkiem małp, z chwilą niezapłodnienia jaja zjawiska te nie kończą się tak ostrą granicą, lecz powstałe zmiany w śluzówce zanikają powoli, jako wynik zwyrodnienia i długotrwałego złuszczenia powierzchownych warstw śluzówki. U zwierząt więc nie przychodzi do przerwania naczyń krwionośnych i oderwania się większych płatów śluzówki od podłoża, przeto nie spotykamy u nich miesiączki w typowem tego słowa znaczeniu. Jedynie tylko, jak wspomnia-

łem, u małp dochodzi w świecie zwierzęcym do tak nagłego, jak u człowieka, załamania się opisanych zmian okresu wydzielniczego. U nich to, tak samo jak u człowieka, mamy do czynienia z wydaleniem warstw powierzchownych śluzówki z towarzyszeniem krwawienia, mającego swoje źródło w przerwanych naczyniach. Małpa też stanowi pod względem omawianych zjawisk niejako ogniwo przejściowe pomiędzy człowiekiem a innemi ssakami. Występuje bowiem u niej oprócz nagłego załamania się zjawisk przedciążowych w śluzówce trzonu na szczycie okresu wydzielniczego w postaci miesiączki także przekrwienie narządów rodnych i nieznaczne krwawienie na szczycie okresu przerostowego — a więc w czasie rui. Cykl zmian w śluzówce trzonu jest jednak u niej jednorazowy, okres przerostowy przechodzi bezpośrednio w okres wydzielniczy, a ten kończy się, jak to wspomniałem, nagłem zniszczeniem powierzchownych warstw śluzówki, połączonem z obfitszem krwawieniem.

Zkolei rzeczy zastanowię się teraz pokrótce nad przyczynami powstawania opisanych zmian w śluzówce trzonu macicy. Badania dotyczące tej sprawy są bardzo liczne, lecz dopiero w ostatnich czasach i to głównie dzięki pracom Schroedera i jego uczniów zostały wskutek należytego oświetlenia i ugrupowania celowo zużytkowane i należycie krytycznie ujęte. Z nich to wynika, że okresowe zmiany toczące się w błonie śluzowej trzonu macicy są zależne i pozostają w ścisłym związku przyczynowym z okresowemi zmianami, występującemi równocześnie w jajniku. Te ostatnie rozpoczynają się również w chwili dojrzewania płciowego, a cechują się dojrzewaniem i pękaniem pęcherzyka Graafa, oraz zamianą jego w ciałko żółte. Te to zjawiska biologiczne pojawiające się w jajniku stale i okresowo przez cały czas trwania zdolności rozrodczej kobiety występują współcześnie z pojedyńczemi okresami zmian w śluzówce trzonu. Z badań histologicznych wynika, że okresowi wzrostowemu w śluzówce trzonu towarzyszy stale i zawsze równocześnie obecność dojrzewającego pęcherzyka Graafa w jajniku, a okresowi wydzielniczemu obecność czynnego ciałka żółtego. Ta współczesność tych zjawisk biologicznych, zachodzących w jajniku i śluzówce trzonu jest zjawiskiem tak stałem, iż możemy na podstawie wyglądu śluzówki wnioskować z całą pewnością o okresie zjawisk w jajniku i naodwrót z wyglądu jajnika wnioskować o rodzaju okresowych zmian w śluzówce. Ta współczesność zwróciła również uwagę badaczy klinicystów na przyczynowy związek, zachodzący pomiędzy temi dwoma zjawiskami, występującemi w różnych częściach narządów rodnych. Badania przeprowadzone w tym kierunku udowodniły niezbicie, że zmiany w błonie śluzowej podczas okresu przerostowego powstają pod wpływem dojrzewającego pęcherzyka Graafa, a zmiany w czasie okresu wydzielniczego pod wpływem ciałka żółtego. Miesiączka natomiast pojawia się dopiero wówczas, gdy w jajniku nie znajdujemy ani dojrzewającego pęcherzyka, ani czynnego ciałka żółtego. Istotę tego przyczynowego związku starano się tłumaczyć w rozmaity sposób, lecz nasuwającą się myśl, że jest ona wynikiem działania wewnątrzwydzielniczego, potwierdziły dopiero ostatecznie badania ostatnich lat, przeprowadzone przez Allana, Doysy'ego, Laqueur'a, Zondeka, Aschheima, Clauberga, Cornera i wielu innych. Autorowie ci udowodnili ponad wszelką wątpliwość, że dojrzewający pęcherzyk Graafa jest gruczołem dokrewnym i wytwarza w komórkach swej otoczki tak zwany hormon pęcherzykowy. Hormon ten powoduje przerost błony śluzowej narządów powstałych z przewodów Müllera a w szczególności przerost śluzówki trzonu macicy. Z chwilą więc tą, kiedy pojawia się w ustroju dojrzewający pęcherzyk — w ustroju tym zwiększa się równocześnie ilość hormonu, powodującego powstawanie okresu przerostowego w śluzówce trzonu. Dojrzały pęcherzyk Graafa pęka, jaje wydostaje się nazewnątrz, a sam pęcherzyk zamienia się w nowy gruczoł dokrewny, który określamy mianem ciałka żółtego. Jest niezaprzeczalną zasługą Borna i Fraenkla, że wogóle ciałko żółte zaliczyli do rzędu gruczołów dokrewnych, lecz nie ulega również najmniejszej wątpliwości, że dopiero najnowsze badania Clauberga i Cornera wyjaśniły dostatecznie fizjologiczne znaczenie wytwarzanego przez nie hormonu. Autorowie ci stwierdzili, że w ciałku żółtem znajduje się oprócz hormonu pęcherzykowego także i drugi hormon, nazwany hormonem ciałka żółtego i dowiedli w doświadczeniu przeprowadzonem na królikach, że błona śluzowa trzonu w okresie przerostowym zmienia swój wygląd pod wpływem zadziałania ciałka żółtego a właściwie hormonu wytwarzanego w niem, nabierając cech błony śluzowej okresu wydzielniczego. I tak długo, jak trwa działanie tego hormonu, śluzówka trzonu cechy te zachowuje, bez względu na to, czy działanie to rozciąga się li tylko na czasokres odpowiadający fizjologicznemu, czy też sięga poza jego granice. Z chwilą tą, kiedy ustaje działanie hormonu ciałka żółtego, rozpoczynające się pojawieniem zmian wstecznych histologicznie stwierdzalnych w jego utkaniu, błona śluzowa trzonu przedstawiająca obraz okresu wydzielniczego ulega zniszczeniu i wydaleniu nazewnątrz. U człowieka i małp, jak to wspomniałem, odbywa się to gwałtownie wśród pękania naczyń i wylewów krwi. U innych ssaków łuszczą się powoli warstwy czynnej śluzówki, lecz przyczyna tych zjawisk u jednych i u drugich jest ta sama, pomimo że przebiegają one wśród odmiennych obrazów fizjologicznych i że czynność wydzielnicza ciałka żółtego nieco odmienniej przedstawia się u zwierząt, niż u ludzi.

Nasuwające się pytanie, czy okresowe czynności, występujące w jajniku, a regulujące okresowość zmian w śluzówce trzonu powstają samoistnie, czy też pozostają w zależności od innych spraw, toczących się w ustroju, były również przedmiotem wielu prac i dociekań. Okresowość pojawiania się ciałka żółtego, jak również ograniczony czas jego trwania były przyczyną, że niektórzy z autorów przypisywali zasadniczą rolę właśnie ciałku żółtemu, jako momentowi powstawania tych spraw. Inni zaś, biorąc pod uwagę ciekawe zjawisko ustania czynności ciałka żółtego z chwilą śmierci jaja stwierdzili, że powstawanie tego gruczołu dokrewnego i jego dalsza czynność wydzielnicza zależne są od istnienia dojrzałego jaja w ustroju i że zależność ta ujawnia się już nawet przed zaszczepieniem się jaja. Tem samem powstawanie zmian okresowych w jajniku odnosili do momentu przyczynowego, którego istnienia dopatrywali się w samem jaju.

Jedna i druga grupa badaczy przytaczała na poparcie swoich twierdzeń rozmaite spostrzeżenia kliniczne i wyniki doświadczeń na zwierzętach, chcąc udowodnić słuszność swoich zapatrywań. Brak jednak pojedyńczych ogniw w łańcuchu rozumowania i niemożność uzyskania ich tak drogą spostrzegania klinicznego, jako też i doświadczenia pracownianego spowodował, że żadne z tych zapatrywań nie zyskało powszechnego uznania. I nie należy się temu dziwić, bo, jakto najnowsze badania Zondeka i Aschheima wykazały, słuszność nie leżała ani po stronie tych, którzy jaje, ani tych, którzy ciałko żółte uważali za motor zmian powstających w jajniku. Badania te, o których pokrótce zkolei rzeczy wspomnę, zwróciły uwagę na zupełnie inny gruczoł dokrewny, a mianowicie na przedni płat przysadki mózgowej, który poza innemi wytwarza także dwa tak zwane hormony płciowe; jeden to hormon powodujący dojrzewanie pęcherzyka i drugi, tak zwany hormon luteinizujący, powodujący przemianę dojrzałego pęcherzyka w ciałko żółte. Te to hormony uczynniając powstawanie innych gruczołów dokrewnych, a mianowicie dojrzewającego pęcherzyka i ciałka żółtego, wpływają pośrednio na pojawianie się okresowych zmian w śluzówce trzonu wraz z miesiączką.

Wspomniane ostatnio wyniki badań Zondeka i Aschheima sprawiły przewrót w zapatrywaniach na przyczynę regulującą okresowość zmian występujących w narządach rodnych. Znalazły one potwierdzenie w następnych badaniach licznych autorów i przyczyniły się w wysokim stopniu do zrozumienia całego szeregu fizjologicznych i patologicznych zjawisk, występujących w narządach rodnych. Pomimo jednak niezliczonych prac, podjętych w tym kierunku, do dzisiaj nie udało się jeszcze stwierdzić z całą stanowczością, jakie czynniki odgrywają rolę w regulowaniu stałej okresowości pojawiania się opisanych zjawisk w jajniku, oraz okresowości wydzielania opisanych hormonów i to tak pod względem ich jakości, jako też i nasilenia. Nasuwają się dwa przypuszczenia w związku z tą sprawą. Pierwsze, że nasilenie i okresowość działania hormonów płciowych przedniego płata przysadki mózgowej, jako regulujących czynności rozrodcze rządzona jest z jakiegoś bliżej nam jeszcze nieznanego ośrodka centralnego lub że okresowość nasilenia tych hormonów pozostaje w zależności i znajduje się pod wpływem hormonów jajnikowych, których zwiększenie ilościowe w ustroju lub wogóle pojawienie się hamuje lub też wzmaga wytwarzanie hormonów płciowych w przysadce. Na poparcie pierwszego zapatrywania nie znajdujemy jeszcze w odnośnem piśmiennictwie dostatecznie przekonywujących dowodów, drugie zaś zdaje się znajdować swoje uzasadnienie w badaniach Loeb'a i Hammonda stwierdzających, że obecność czynnego ciałka żółtego hamuje dojrzewanie pęcherzyka oraz w parabiotycznych doświadczeniach Kallasa, z których możnaby wysnuć wniosek, że przynajmniej hormon pęcherzyka może działać hamująco lub też podniecająco na tworzenie się hormonów płciowych przysadki. Także niektóre doświadczenia Zondeka przemawiają za tem, że hormon ciałka żółtego działa hamująco na wytwarzanie się hormonu pęcherzyka, a ten ostatni zaś wywiera podniecający wpływ na czynność wydzielniczą przedniego płata przysadki (Zondek). Na podstawie tych ostatnio wspomnianych badań twierdzić możemy z wielkiem prawdopodobieństwem, że tak hormony płciowe przysadki, jako też i hormony wytwarzane w fizjologicznych tworach jajnika pozostają

w ścisłej od siebie zależności, która reguluje wzajemną czynność wydzielniczą omawianych poszczególnych gruczołów dokrewnych. Zachwianie równowagi któregokolwiek z tych hormonów w ustroju musi siłą faktu pociągnąć za sobą i zachwianie równowagi, oraz kolejności w wytwarzaniu się, nasileniu i czynności pozostałych trzech innych.

Zbierając pokrótce powyższe wywody, dojść musimy do wniosku, że zagadnienie miesiączki rozpatrywane z punktu widzenia zjawiska biologicznego przedstawia się niezmiernie ciekawie. Miesiączka stanowi część ogólnych zmian, występujących okresowo w śluzówce trzonu, a pojawiając się stale w określonym odstępie czasu, umożliwia szybkie tworzenie jak najlepszych warunków dla powstawania zmian, powodujących ciągłą gotowość ustroju dla zaszczepienia się zapłodnionego jaja. Występuje w przyrodzie nie nagle, lecz znajduje swoje przygotowanie rozwojowe u niższych od człowieka ustrojów. Powstaje zaś wskutek ustania hormonalnego działania dwóch okresowo pojawiających się w ustroju kobiety gruczołów dokrewnych, a mianowicie dojrzewającego pęcherzyka i ciałka żółtego. Wytwarzanie się ich i czas trwania zależy nietylko od tak zwanych hormonów płciowych przedniego płata przysadki, lecz i od wzajemnego stosunku, oraz oddziaływania na siebie hormonów pęcherzyka, ciałka żółtego i obu płciowych hormonów przedniego płata przysadki mózgowej. Okresowość zatem zmian śluzówki trzonu, a co zatem idzie i okresowość zjawiska określanego mianem miesiączki, warunkuje więc nietylko obecność tych czterech hormonów w ustroju, lecz także i wzajemne oddziaływanie na siebie. Znaczenie zjawiska miesiączki, pojętego, jako celowe zjawisko przyrodnicze, spowodowane przystosowaniem się pewnych ustrojów do danych warunków nie ulega żadnej wątpliwości i posiada równie ważne znaczenie jak każde inne zjawisko w przyrodzie, mające na celu tak doniosłe zadanie, jak dążenie ustroju do stworzenia jak najlepszych warunków dla utrzymania gatunku.

PRACE ORYGINALNE.

M. KRUSZÓWNA, L. LIGĘZA Warszawa.
i A. TRZASKACZÓWNA, asystenci szpitala.

Wyniki leczenia duru brzusznego zapomocą wstrzykiwań połączeń bizmutowych.

Z Oddziału Duru Brzusznego Szpitala Św. Stanisława.
Ordynator: Doc. Dr. Zdz. G o r e c k i.

Ideałem leczenia chorób zakaźnych jest leczenie swoiste, dające ustrojowi zakażonemu swoistą odporność czynną lub bierną. Próby w leczeniu swoistem duru brzusznego zapomocą surowic przeciwdurowych, uzyskanych od zwierząt, nie dały jednak wyników zbyt przekonywujących. Zwrócono się przeto do stosowania surowicy krwi ozdrowieńców (co dziś niektórzy badacze polecają), wzgl. do przetaczania całkowitej krwi ozdrowieńców, co polecają ostatnio autorowie francuscy. Metod tych nie stosowaliśmy dotychczas z kilku przyczyn, natomiast zwróciliśmy uwagę na inne sposoby leczenia, hołdując przekonaniu, że duże oddziały szpitalne powinny dążyć do wypróbowania przedewszystkiem takich postępowań leczniczych, które byłyby dostępne każdemu lekarzowi na prowincji, na którego spada lwia część wysiłków walki z epidemjami. Trudność otrzymania dostatecznej ilości surowicy lub krwi ozdrowieńców wyłącza zgóry szersze stosowanie tego sposobu leczenia. Przed 3 laty L u k s e m b u r g ogłosił swe próby leczenia duru brzusznego zapomocą przesączu B e s r e d k i (antywirus). Wyniki leczenia były niewątpliwie zachęcające, ale gwałtowny wstrząs, towarzyszący dożylnemu stosowaniu antywirusu, stanowi zbyt poważny przeciwargument do zalecenia tego postępowania. Doustne stosowanie antywirusu przeciwdurowego nie dało korzystnych wyników. O innych próbach swoistego leczenia wspomina C. H i r s c h.

Nie będziemy tu omawiali prób stosowania różnych leków drogą doustną, gdyż wyniki tych prób nie wytrzymały ognia krytyki i doustne podawanie różnych przetworów można uważać jedynie za leczenie objawowe, pomocnicze np. środki goryczkowe, odkażające, przeciwbiegunkowe i t. d.

Zasługuje jednak na uwagę leczenie pozajelitowem wprowadzaniem różnych leków. Próby te są bardzo liczne i różnorodne, gdyż każdy autor niemal próbował innego środka, mało który jednak podaje liczbę przypadków leczonych wyższą od 50. Natomiast podkreślić należy, że lekarzom polskim przypada niemała zasługa w rozwoju powyższego lecznictwa duru brzusznego. Z dyskusji po wykładzie L u k s e m b u r g a w Warszawskiem Tow. Lekarskiem dowiadujemy się, że M o d r a k o w s k i stosował pepton, K a r w a c k i złoto i srebro koloidowe, wodę destylowaną. Z. M i c h a l s k i stosował metodę S t e j s k a l a: mleko, a na drugi dzień 50% roztwór glukozy dożylnie. L a t k o w s k i w swej pracy z 1917 r. podaje wyniki stosowania mleka, co przed nim polecał S a x l. Na oddziale L a n d a u a stosowano proteinoterapję a mianowicie surowicę końską i mleko (H e l d), a nadto i hemoterapję. O. K r u k o w s k i stosował olejek terpentynowy i mleko. Już w r. 1893 R u m p f polecał stosowanie hodowli pałeczki ropy błękitnej, znacznie później L ü d t k e: deuteroalbuminy, W i d a l zaś surowicę własną chorego. Nie ulega dziś wątpliwości, że wszystkie te sposoby leczenia stanowią rozmaite postacie leczenia nieswoistego, a polegające na wstrząsie humoralnym, hemoklastycznym, używając określenia W i d a l a, co nazywamy też wstrząsem anafilaktoidalnym, wobec podobieństwa do typowego wstrząsu anafilaktycznego, podanego przez R i c h e t'a. Do leczenia wstrząsowego zaliczyć też może należy i leczenie zapomocą antywirusu Besredki, dopóki nie zostanie dowiedziony jego swoisty wpływ, oraz wstrzykiwania szczepionki pałeczki okrężnicy (L a t k o w s k i), szczepionki V i n c e n t a (W e s p a ń s k i) szczepionki durowej, okrężnicowej i gonokokowej dożylnie (Ł a w r y n o w i c z, T a t a r i n o w i C h a c z i k o w, a także i K u c h a r s k i) i t. d.

Zdaje się nie ulegać wątpliwości, że powyższy wstrząsowy sposób leczenia może łagodzić przebieg duru brzusznego, a nawet nieraz spowodować przebieg poronny po kilku a nawet po jednym wstrząsie.

Cechą charakterystyczną tego sposobu leczenia są dreszcze, podwyżka i tak wysokiej gorączki, następnie spadek jej po kilku lub kilkunastu godzinach, niekiedy nawet do stanu bezgorączkowego. W rzadszych przypadkach korzystnych przebieg duru brzusznego zostaje niejako przerwany, najczęściej jednak gorączka niebawem wznosi się i wymaga nowej interwencji. Przed dwoma laty G o r e c k i z K a c z y ń s k i m i M a y e m powtarzali powyższe doświadczenia na przeszło 50 przypadkach, leczonych w szpitalu Św. Stanisława zapomocą domięśniowych wstrzykiwań mleka, krwi własnej chorego, koloidalnego złota i srebra, oraz dożylnych wstrzykiwań stężonych rozczynów urotropiny (40%) i nieraz widzieli pomyślny skutek tego postępowania (badania nieogłoszone).

Wszystkie te metody posiadają jedną ujemną stronę: mogą one wywołać wstrząs, który, aczkolwiek niezawsze wyraźnie występuje i nie przedstawia zazwyczaj bezpośredniego niebezpieczeństwa, to jednak umniejsza znacznie wartość leczniczą omawianych metod w rękach praktyka, który musiałby niejednokrotnie spędzać po kilka godzin u łóżka chorego, a w przypadkach opornych wobec tych metod, co przecież nieraz się zdarza, naraża się na zarzuty ze strony otoczenia chorego. W pracy niniejszej zdamy sprawę z wyników leczenia duru brzusznego w naszym oddziale zapomocą metody, podanej przed rokiem przez S a h l i'e g o z Berna szwajcarskiego, a polegającej na stosowaniu drogą domięśniową jodo-bizmutanu chininy, zawartego w preparacie zwanym Quinby. Zanim przejdziemy do omówienia szczegółów, musimy podać w paru słowach ogólne zasady, stosowane w naszym oddziale wobec chorych na dur brzuszny, oraz dobór chorych.

I.

1. Ogólne zasady.

Dieta chorych gorączkujących była płynna, z przewagą węglowodanów w postaci cukru lub lekkich potraw mącznych, możliwie pełnokaloryczna. Zapotrzebowanie białka pokryte było kazeiną w mleku oraz białkiem, zawartem w żółtkach, wbijanych stale do płynów lub wreszcie białkiem roślinnem. Z tłuszczów podawano masło. Praktycznie biorąc, dieta składała się z rosołów z dobrze rozgotowaną kaszką, kleików, barszczu, do których wbijano żółtka i dodawano masło, rozmoczonych sucharków, następnie mleka, galaretek owocowych, soku z winogron, pomarańcz, przetartych dobrze jabłek gotowanych, z obfitym dodatkiem cukru. Szczególną wagę przykładano do dostatecznego dowozu płynów pod postacią herbaty ocukrzonej z cytryną, lemonjad i t. p. Nie mogąc dokonywać u wszystkich chorych oznaczania dobowej ilości moczu, kierowano się wyglądem języka. W myśl poglądów szkoły francuskiej uważano dowóz płynów za dostateczny wtedy, gdy język był wilgotny. W razie trudności w przyjmowaniu płynów stosowano obficie wlewki doodbytnicze lub podskórne izotonicznego roztworu cukru lub soli kuchennej na zmianę (1000—1500—2000 cm³ na dobę). W ten sposób postępując, tylko przejściowo, w niektórych szczególnie ciężkich przypadkach dochodziło do suchości języka. O korzystnym wpływie powyższej metody na intoksykację nie potrzebujemy zapewniać.

Przeciwko zaparciu stosowaliśmy lewatywy co drugi dzień, przeciwko biegunkom tannalbinę z belladonną i opjum. Z leków przeciwgorączkowych stosowaliśmy 1% roztwór pyramidonu łyżkami. Podkreślamy tu z całym naciskiem, że tylko wyjątkowo zwalczaliśmy gorączkę, gdy osiągała 40° C i wszędzie uwzględnialiśmy podanie tego środka, gdyż stosowanie go może zmącić obraz działania bizmutu.

Na układ krążenia zwracaliśmy szczególną uwagę stosując *Digitol* Klawego, kofeinę, adrenalinę, w przypadkach powikłań płucnych kamforę, *natrium benzoicum*, kodeinę, bańki, okłady.

Nalegaliśmy na ciągłe zmienianie pozycji ciała chorych dla uniknięcia powikłań płucnych i odleżyn.

Krwotoki jelitowe leczyliśmy w sposób ogólnie przyjęty.

2. Dobór chorych.

Bizmut stosowano tylko u średnio i ciężko chorych. W wyborze chorych kierowaliśmy się obserwacją ogólną, a szczególnie krzywej gorączki. Ponieważ chorzy przychodzili na oddział nietylko z oddziału obserwacyjnego, ale nieraz prosto z izby przyjęć, przeto u tych chorych czekaliśmy przez dwa do trzech dni.

Nie stosowano bizmutu u chorych z lekkim przebiegiem a zwłaszcza z gorączką opadającą. Wskutek tego wyczekiwania tylko wyjątkowo mogliśmy stosować bizmut w I. tygodniu choroby, przeważnie stosowaliśmy później.

Jako przeciwwskazanie do stosowania bizmutu uważaliśmy tylko stan agonalny i wyraźne krwotoki jelitowe.

Rozpoznanie duru opierało się na obrazie klinicznym: powiększenie śledziony, wątroby, różyczka, odurzenie charakterystyczne oraz na badaniach pracownianych: leukopenja, obraz morfologiczny (limfocytoza, aneozynofilja), odczyn Widala. Ten ostatni wykonywany był zawsze w pracowni centralnej, pod kierownictwem doc. Karwackiego, nieraz kilkakrotnie. Dalszy przebieg choroby oraz posiewy kału (wykonane w tejże pracowni) dopełniały ustalenia rozpoznania.

W ten sposób z 337 chorych, leczonych na oddziale w tym okresie czasu wybrano 122 chorych i poddano ich leczeniu Bi.

3. Bliższe dane leku i sposób przeprowadzania leczenia.

Sahli badania swe przeprowadził na 37 chorych, z których wykluczył 2, a zatem materjał jego wynosił 35 chorych leczonych zapomocą Quinby w zawiesinie oleistej. Autor ten sam nie stosował tegoż preparatu w jego postaci rozpuszczalnej w wodzie: *Quinby soluble*.

Quinby zawiera w jednej ampułce t. j. w 3 cm^3 10% zawiesiny oleistej 0,3 preparatu. Każda ampułka zawiera zatem 0,09 g Bi metalicznego, 0,15 g jodu i 0,05 g chininy. Sahli podkreśla, że tak mała dawka chininy nie może wyraźnie wpływać na krzywą gorączki, a zwłaszcza nie można przypisywać chininie wpływu obniżającego gorączkę w sposób, spostrzegany przez tego autora t. j. dopiero na drugi, trzeci dzień po zastrzyknięciu. Niemniej jednak Sahli nie przeprowadza bezwzględnego dowodu na to, że w Quinby działa tylko Bi, a nie chinina lub jod. Dla wyjaśnienia tej bądź co bądź ważnej sprawy stosowaliśmy od początku także i inne preparaty bizmutu, a mianowicie *bismutum chaulmoograe* Gessnera, który jest również połączeniem nierozpuszczalnem Bi w zawiesinie oleistej, bez jodu i bez chininy. Nadto dla przekonania się, czy połączenia Bi rozpuszczalne w wodzie posiadają również jakiś wpływ, stosowaliśmy też *Quinby soluble* t. j. w roztworze wodnym. Skład *Quinby soluble* jest taki sam, jak Quinby oleistego, a dawka ta znajduje się w 5 cm^3 wody, tworząc płyn bezbarwny. *Bismutum chaulmoograe* Gessnera zawiera około 0,12 Bi metalicznego w ampułce t. j. w 2 cm^3.

Tu wyrażamy nasze szczere podziękowanie firmie Nasierowski za dostarczenie nam Quinby w obu postaciach, oraz firmie Gessner za dostarczenie nam preparatu *Bi. chaulmoograe*. Obie te firmy z całą gotowością dostarczały nam każde zażądane ilości preparatu, a były one znaczne, gdyż w ciągu naszej pracy zużyliśmy przeszło 200 ampułek Quinby oleistego, około 200 ampułek Quinby wodnego oraz 150 ampułek *Bi chaulmoograe*.

Wreszcie ostatnio rozpoczęliśmy stosowanie kamfo-węglanu bizmutu, rozpuszczalnego w oliwie pod nazwą *Cardyl*, dostarczonego nam uprzejmie przez firmę Spiess i Synowie. Każda ampułka zawiera 0,05 Bi metalicznego. Wszystkie powyższe przetwory stosowaliśmy przeważnie co dwa dni, na trzeci w pełnej dawce (t. j. cała ampułka) u dorosłych, odpowiednio mniej u dzieci i młodzieży, wstrzykując w pośladki. Dla uzyskania dobrego wglądu w działanie Bi, czasem stosowaliśmy go rzadziej. W kilku przypadkach stosowaliśmy *Quinby soluble* w dawkach frakcyjnych codziennie, przyczem poszczególne dawki odpowiadały w sumie dawkom powyżej podanym.

Ogółem stosowaliśmy leczenie zapomocą Quinby w zawiesinie oleistej w 34 przypadkach, *Quinby soluble* w 42 przypadkach, *Bi. chaulmoograe* w 43 przypadkach i *Cardyl* w 3 przypadkach. Razem leczenie zapomocą Bi przeprowadzono u 122 chorych.

II. Obserwacje nad wpływem stosowania bizmutu.

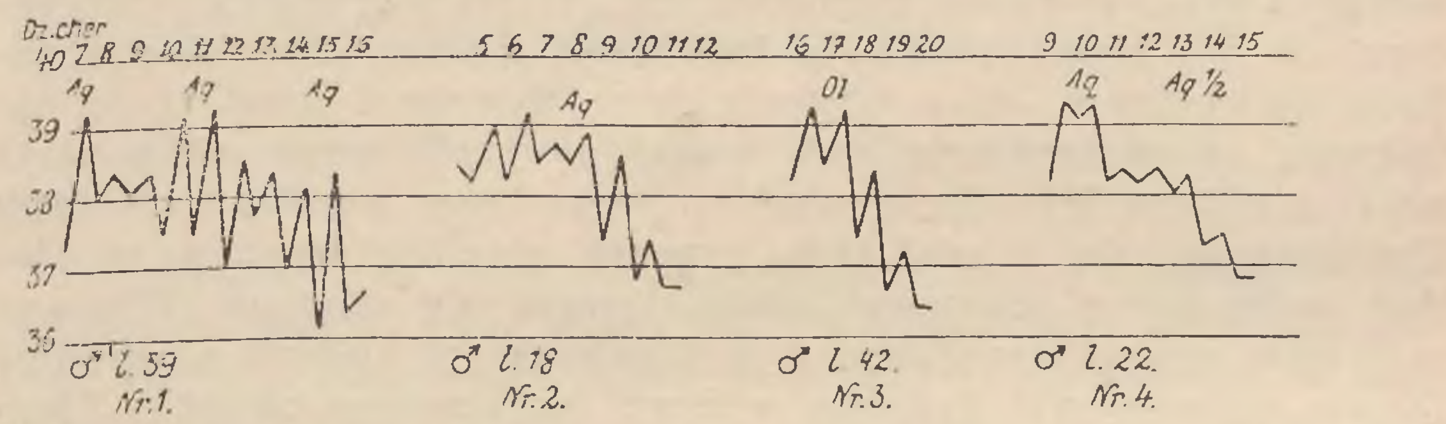
Przystępując do oceny skuteczności naszego postępowania leczniczego, zdajemy sobie sprawę z trudności tego zadania.

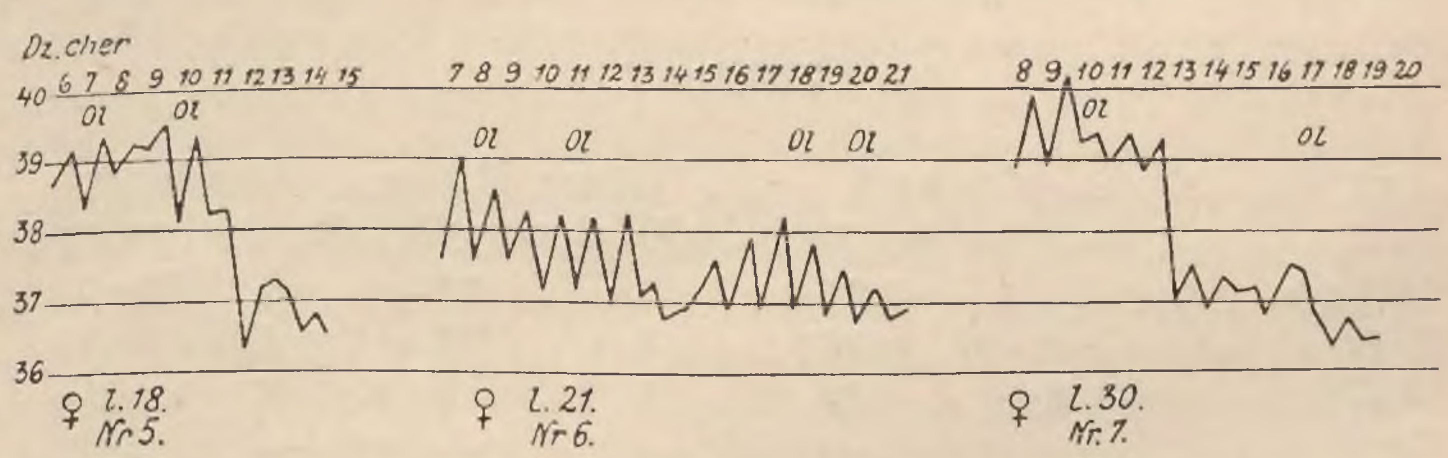
Dlatego w odniesieniu do tego nowego sposobu leczenia postawimy pytania ściśle określone i będziemy się starali, na podstawie danych klinicznych, na nie odpowiedzieć.

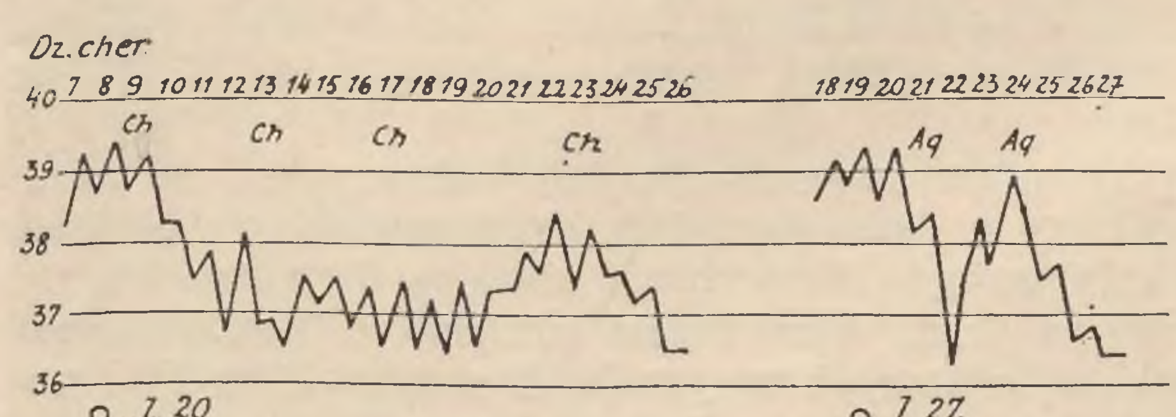
Pytania te są następujące: 1) czy bizmut wpływa bezpośrednio na przebieg schorzenia durowego, a zwłaszcza na ten zasadniczy objaw choroby, jakim jest gorączka? 2) czy bizmut skraca czas choroby, a w szczególności okres gorączki? 3) czy leczenie bizmutem chroni chorego od powikłań duru w najszerszem ujęciu? 4) czy bizmut zmniejsza lub znosi śmiertelność? 5) czy leczenie bizmutem wywołuje jakąkolwiek szkodę w sensie zatrucia lub bezpośrednich powikłań, połączonych ze wstrzykiwaniem?

1. Wpływ bezpośredni leczenia bizmutem.

W odpowiedzi na *pierwsze* pytanie przedstawiamy szereg krzywych gorączkowych. Tu musimy jednak podkreślić dla jasności interpretacji, że, jakkolwiek dur brzuszny wykazuje nieraz przebieg gorączkowy według klasycznego schematu, to jednak zbyt często spotykamy samoistne, poważne odchylenia, by można było każdy spadek krzywej gorączkowej interpretować na korzyść bizmutu. Sądzimy jednak, że apriorystyczne odrzucenie zasady *post hoc, ergo propter hoc* nie może się przyczynić do postępu lecznictwa wogóle, przeto wykażemy na paru przykładach, co uważamy za swoisty wpływ Bi na krzywą gorączki, a następnie podamy częstość, z jaką ten wpływ występował w naszych przypadkach. Podkreślamy, że przytoczone krzywe ani nie wyczerpują naszych spostrzeżeń „korzystnych", ani też nie przedstawiają przykładów „najkorzystniejszych". Na tych krzywych oznacza Aq = *Quinby soluble*, Ol = Quinby w zawiesinie oleistej, Ch = *bismutum chaulmoograe*. Wycinki przedstawione odpowiadają *całemu* przebiegowi gorączkowemu, spostrzeganemu na oddziele, z wyjątkiem paru dni przedwstępnej obserwacji, kiedy gorączka przedstawiała typ gorączki stałej. Liczba zastrzyknięć jest podana na krzywych, przyczem ułamki odnoszą się do części ampułki.







Jak z powyższych krzywych widać, wpływ Bi wykazuje różne typy: raz widzimy spadek gorączki w ciągu paru godzin (Nr. 9), czasem w kilkunastu, a czasem dopiero w drugim lub trzecim dniu zaznacza się zniżka ciepłoty. O ile wstrzymamy się z następnem wstrzyknięciem Bi, widzimy również rozmaite zachowanie się krzywej gorączki: albo gorączka spada do stanu prawidłowego, poczem następuje okres zdrowienia (rzadko po 1 lub 2 zastosowa-

niu Bi), albo gorączka opada o 1/2, 1 lub 1 1/2 stopnia, aby po następnem wstrzyknięciu obniżyć się znowu (spadek krzywej „schodkami") (Nr. 4 i 7) lub wreszcie po przejściowym spadku gorączki następuje jej ponowne wzniesienie się (Nr. 9). Tu już podkreślić musimy, że wszystkie te ruchy krzywej odbywają się względnie wolno, a w każdym razie nie wykazują zupełnie podobieństwa do wahań gorączki, obniżanej lekami przeciwgorączkowemi. Możemy przedstawić i inny dowód na to, że spadek ciepłoty przy stosowaniu Bi nie zależy od zawartości chininy. A mianowicie taki sam spadek widzimy po *Bi. chaulmoograe* (np. krzywa Nr. 7 i 8). Odrzucić też należy wątpliwości, czy czasem jod nie wpływa na krzywą gorączki, lub też rodzaj połączenia bizmut-jod-chinina, gdyż *Bi. chaulmoograe* nie zawiera ani jodu, ani chininy.

Odsuwając w tej chwili sprawę skrócenia wzgl. „przerwania" toku choroby (co osobno omówimy) musimy odpowiedzieć na pytanie, w jakim okresie choroby widuje się takie wyniki i w jakim wieku znajdowali się chorzy, należący do tej grupy „reagujących" na Bi?

Co się tyczy okresu choroby, odpowiedź częściowo daliśmy już poprzednio. Nie stosowaliśmy leczenia Bi u chorych, u których gorączka opadała, w lekkim przebiegu. Natomiast stosowaliśmy Bi u chorych, którzy wykazywali zatrzymanie się spadku gorączki, choćby na niskim poziomie stanu podgorączkowego. (Przykładów krzywej gorączki nie przytaczamy). Doświadczenie poucza nas, że nawet bez wyraźnych powikłań (zapal. płuc, ucha środkowego i t. p.) sam proces durowy może przewlekać końcowy okres duru brzusznego przez wiele dni, a nawet tygodni. Gdybyśmy zatem odrzucili tych chorych, u których wynik korzystny przejawił się w usunięciu stanu przewlekania się choroby — popełnilibyśmy może błąd przesadnej ostrożności. Podobnie też odrzucenie chorych, u których korzystny wynik w postaci opadającej, przy stosowaniu Bi, gorączki przejawił się z końcem trzeciego lub w czwartym tygodniu gorączki — byłoby może nie całkiem usprawiedliwione, uwzględniając, że trudno określić ściśle czas trwania duru. Pragnąc jednak i pod tym względem zachować przedmiotowy stosunek do prowadzonego leczenia, podzieliliśmy nasz materjał na trzy grupy.

Do grupy pierwszej zaliczyliśmy tych chorych, u których wystąpił wyraźny spadek gorączki w ciągu do trzech dni po wstrzyknięciu Bi, nawet wówczas, gdy gorączka potem znowu się podniosła *(bezpośredni, choć krótkotrwały wpływ)*, ale zaliczyliśmy tu tylko tych chorych, których krzywa gorączki wykazywała *okres gorączki stałej* w chwili rozpoczęcia stosowania bizmutu (lub okres wcześniejszy), a wynik zaznaczał się już po pierwszych wstrzyknięciach. Do grupy drugiej zaliczyliśmy chorych z wynikiem, jakoby korzystnym, ale u których okres choroby i przebieg jej nie pozwala na stwierdzenie, czy spadek gorączki wzgl. jej wahania wdół zależą od bizmutu czy też od naturalnego przebiegu choroby. Podkreślamy, że w obu tych grupach przebieg leczenia mógłby dać zadowolenie lekarzowi, opiekującemu się chorym. Wreszcie w grupie trzeciej umieściliśmy te przypadki, w których stosowanie Bi nie wykazywało żadnego wpływu na przebieg choroby. Liczbowo znajdujemy następujące dane o poszczególnych grupach z uwzględnieniem stosowanego leku:

Tablica I.

Lek.	Grupa I. do 10 lat	Grupa I. powyżej	Grupa II. do 10 lat	Grupa II. powyżej	Grupa III. do 10 lat	Grupa III. powyżej
Q. Aq	—	16	3	13	1	9
Q. Ol	2	11	4	11	1	5
Bi Ch.	2	13	5	9	3	11
Card.	—	—	—	—	—	3
Razem	4	40	12	33	5	28
Og. % lecz.	3,28	32,8	9,83	27	4	23

Co się tyczy wieku naszych chorych, zaznaczamy, że leczenie Bi stosowaliśmy u dzieci ponad 5 lat, potwierdzamy przytem dawno znane spostrzeżenie, że u dzieci przebieg duru częściej, niż u dorosłych, bywa lekki. Oczywiście istnieją, aż nazbyt liczne niestety wyjątki, a w naszych przypadkach stosowaliśmy Bi przeważnie u cięży chorych. Mimo to jednak surowo oceniając wyniki leczenia zaliczyliśmy przeważną część nawet korzystnych przypadków do grupy drugiej (12 przypadków).

Z powyższej tablicy wynika, że 36% przypadków leczonych wykazuje wyraźnie korzystny wynik leczenia zapomocą bizmutu, wyrażający się bezpośrednim spadkiem gorączki lub co najmniej okresowem jej obniżeniem. W grupie drugiej, obejmującej 45 przypadków (36,8%) zaznaczył się również korzystny przebieg cierpienia, czego jednak nie chcemy łączyć bezpośrednio ze stosowaniem bizmutu.

Obok gorączki interesowały nas też i inne objawy duru. Spostrzeżenia nasze głoszą, że krzywa tętna (przeważnie bradykardja) przebiegała równolegle z krzywą gorączki. Objawy nieżytu oskrzeli słabły również w przypadkach korzystnych; natomiast nasilenie różyczki durowej nie wykazywało poważniejszych zmian. Obrzęk śledziony i wątroby zmniejszał się tylko tam, gdzie poprawa stanu ogólnego posuwała się dalej i stale.

W przejściowych lub schodkowych spadkach ciepłoty nie można było zauważyć poważniejszej różnicy. Wygląd języka, jego obłożenie i suchość zależy, według naszych zapatrywań, przedewszystkiem od dostatecznego dowozu płynów tak, że tylko wyjątkowo, w najcięższych stanach durowych, stwierdzaliśmy ten objaw. Odurzenie zmniejszało się nieraz znacznie. O zachowaniu się stolców i moczu wspomnimy później.

Wobec nawału pracy podczas epidemji tylko w kilku przypadkach dokonano kilkakrotnych *badań morfologicznych krwi*. Ponieważ wyniki tych badań nieznacznie różniły się między sobą, przeto trudno wyprowadzać z nich jakieś wnioski. W kilku przypadkach leukopenja pogłębiła się podczas stosowania Bi, a względna limfocytoza zaznaczyła się jeszcze wyraźniej. Pojawienia się komórek eozynochłonnych nie stwierdzano.

Na podstawie powyższych danych wnioskujemy, że leczenie bizmutem wywiera w licznych przypadkach niezaprzeczalny wpływ korzystny na krzywą gorączki i równolegle z nią na szereg innych objawów durowych.

2. Wpływ stosowania bizmutu na czas trwania choroby.

Odpowiedź na pytanie, czy leczenie zapomocą Bi skraca czas choroby, jest najtrudniejszem zagadnieniem. Wiemy dobrze, że wszelkie statystyki i wszelkie porównania mogą być słusznie atakowane. Unikając zatem wszelkich porównań naszego materjału z materjałem obcym, porównamy grupy chorych naszych, zależnie od czasu rozpoczętego leczenia. (Nie uwzględniono tu tych chorych, u których leczenie bizmutem rozpoczęto po 18 dniu gorączki).

Tablica II. (wszystkie grupy z tabl. I.).

Leczenie rozpoczęto	Liczba przyp.	Czas trwania gorączki minimalna	maksymalna	przeciętna
pierwsze 10 dni	15	12	40	17.2
między 11 a 14 dniem	30	15	37	24.0
między 14 a 18 dniem	23	17	35	25.2

W związku z powyższą tablicą należy podnieść, że w grupie leczonych najwcześniej (do 10 dnia gorączki) na 15 przypadków tylko jeden raz stan gorączkowy trwał ponad trzy tygodnie. Zdaje się nam, że jeśli wśród tych 15 przypadków znajdowały się takie, których przebieg samoistnie, bez stosowania Bi trwałby do trzech tygodni, a tak niewątpliwie i było mimo nasz system eliminacyjny, to jednak, uwzględniając ciężkość tegorocznej epidemji, nasuwałby się wniosek, że Bi wcześniej stosowany wpływa na skrócenie okresu gorączkowego duru brzusznego. Już jednak następna grupa (której leczenie rozpoczęto między 11 a 14 dniem gorączki) wykazuje znacznie gorsze wyniki: okres gorączki przeciętnie przedłuża się o tydzień! (z 17,2 na 24 dni). Natomiast w dalszej grupie (23 przypadki) okres przeciętny gorączki przedłuża się tylko o 1,2 dnia (z 24 na 25,2 dnia). Łącznie w tych trzech grupach, t. j. u 68 chorych, u których leczenie rozpoczęto w czasie pierwszych 18 dni gorączki, okres gorączkowy trwał mniej więcej 23 dni. Tylko u 9 chorych okres gorączki przeciągnął się ponad 30 dni.

Zanim ocenimy te wyniki, należy zadać sobie pytanie, czy leczenie zapomocą Bi było zawsze z całą energją przeprowadzane? W leczeniu wielu spraw chorobowych, a zwłaszcza ostro przebiegających, chętnie nieraz dążymy do „nasycenia" ustroju danym lekiem. Przykładów przytoczyć można wiele: w ostrej i podostrej niedomodze mięśnia sercowego wielu autorów podaje duże dawki dobowe naparstnicy aż do wystąpienia wyraźnego działania tego leku; w leczeniu zimnicy podawanie odpowiednich dawek chininy jest warunkiem powodzenia; a także i w leczeniu kiły wielu autorów przeprowadza energiczne leczenie zapomocą Bi. S a h l i w swoich przypadkach duru brzusznego niejednokrotnie stosował Bi co drugi dzień. Tu przyznać się musimy, że pragnąc uzyskać wyraźny obraz bezpośredniego (każdorazowego) działania Bi, przewlekaliśmy niejednokrotnie przerwy w podawaniu Bi. Tem być może, tłumaczy się wynik, przez nas otrzymany, który, choć za-

chęcający, jednak nie może budzić entuzjazmu, jeśli chodzi o czas trwania okresu gorączki.

Tu pragniemy jednak podkreślić, że bardzo często, a przynajmniej w tegorocznej epidemji zdarzały się przypadki, w których okres spadku gorączki przedłużał się znacznie. Na oddział przybywali chorzy w 4, 5 tygodniu choroby, a nawet i później, wykazując stany podgorączkowe trwałe, bez wyraźnych innych zmian w narządach wewnętrznych, w których możnaby się doszukać poza durem brzusznym przyczyn tego stanu. U tego rodzaju chorych stosowanie Bi, a zwłaszcza *Bi Chaulmoograe*, dawało nieraz zdumiewające wyniki. Jeden lub dwa razy zastosowany bizmut sprowadzał nieraz ciepłotę na drugi dzień do stanu prawidłowego.

3. Czy leczenie bizmutem chroni przed wystąpieniem powikłań?

Przed rozwiązaniem tego zagadnienia należy ustalić, co rozumiemy pod „powikłaniem" i czy chodzi o grupę tych chorych, którzy odnosili pewną korzyść z leczenia Bi, czy też o tych chorych, u których to leczenie żadnego wpływu na przebieg choroby nie wykazało.

Do powikłań nie zaliczamy tu nieżytów oskrzeli (o ile nie wytworzyły się wyraźne ogniska odoskrzelowego zapalenia płuc) ani biegunek nawet znacznego stopnia, (widywaliśmy rzadko), ani zaburzeń w krążeniu, zwłaszcza obwodowej natury (zapaści), ani znacznego odurzenia i t. p., jednem słowem tych zaburzeń, które spotykamy nieraz w ciężkich przypadkach duru brzusznego i które należą niejako do obrazu chorobowego. Natomiast do powikłań zaliczamy te ciężkie uszkodzenia w przebiegu duru, które swą nieprzejściową i poważną naturą wyraźnie wikłają przebieg duru, jak np.: krwotoki jelitowe, przebicie jelita, zapalenie płuc odoskrzelowe wyraźnie zaznaczające się, zapalenie opłucnej, zmiany chorobowe mięśnia sercowego czyto natury zapalnej czy też zwyrodnieniowej, zapalenia żył, ropne zapalenia ucha środkowego, zapalenia nerek i t. p.

Po tem skrystalizowaniu pojęcia „powikłania", odpowiedzieć musimy, że widzieliśmy je zarówno u tych chorych, którzy korzystali, jak i tych, którzy nie skorzystali z leczenia bizmutowego. Oczywiście, że grupa I., w której przebieg był przejściowo łagodzony zapomocą stosowania Bi, przebywała lżej samą chorobę, że wielu chorych tej grupy nie wykazywało żadnych powikłań, zwłaszcza że nieraz choroba trwała krócej, jak to powyżej omówiliśmy; niemniej jednak nie mogliśmy stwierdzić wyraźnego wpływu Bi na częstość i ciężkość występowania powikłań u chorych, leczonych w powyższy sposób.

Nie możemy też twierdzić, że leczeni zapomocą Bi unikają nawrotów, gdyż i takie przypadki widzieliśmy. Wpływ leczenia Bi podczas nawrotów jest trudny do oceny, gdyż nawroty raczej lżej przebiegają, choć nie jest to prawidłem.

Skoro w naszych przypadkach wystąpiły powikłania, leczyliśmy je w sposób ogólnie przyjęty, przyczem Bi stosowaliśmy dalej, oczywiście ostrożnie. Jedynie wystąpienie krwotoków jelitowych uważaliśmy za przeciwwskazanie do dalszego stosowania Bi i to nie tyle z obawy ewentualnych zmian chorobowych, które wywołać może metaliczny bizmut, wydzielając się przez błonę śluzową jelita grubego, ile ze względu na nieznany wpływ na ustrój stosowanego przez nas leczenia. Przypadki przebicia jelita same przez się należą do chirurga. Poważniejszych zmian w nerkach podczas leczenia Bi nie widzieliśmy, o ile nie uwzględnimy lekkiego białkomoczu, pojedyńczych krwinek lub wałeczków szklistych w osadzie, co w przebiegu duru cięższego nierzadko się spotyka i co nie przeszkadza w przeprowadzeniu leczenia Bi. Objawy te nigdy się nie pogarszały.

Na zmiany chorobowe lżejsze i cięższe w płucach leczenie zapomocą Bi nie wywiera żadnego wpływu ani ujemnego ani dodatniego.

Nie przedstawiamy tu szczegółowych zestawień, dotyczących powikłań, gdyż materjał nasz należący do tak zwanej małej statystyki nie pozwalałby na wyprowadzanie żadnych wniosków w znaczeniu statystycznem. Nie można go porównać ani przeciwstawić wielkim statystykom, dotychczas ogłoszonym, tem bardziej, że wiemy dobrze, jak różne są poszczególne epidemje. Jedne obfitują w nawroty, inne w krwotoki jelitowe i przebicia jelit, jeszcze inne w powikłania ropne. Ogólnie sądząc, powiedzieć można, że tegoroczna epidemja duru brzusznego należała do cięższych i nie brak było powikłań, o czem wiemy z innych oddziałów naszego szpitala. Podkreślić też musimy, że chorzy nasi rekrutowali się prawie w 100% z najuboższych warstw ludności miasta Warszawy i wsi, a zwłaszcza miasteczek okolicznych; warunki bytu naszych chorych przed zachorowaniem były bardzo często więcej niż opłakane, co oczywiście nie przyczyniało się do wzmożenia odporności wobec duru i jego powikłań.

Krwotoków wogóle widzieliśmy 11 (2 chore przybyły z krwotokami na oddział), u leczonych zapomocą Bi 7 razy; przebicia jelit widzieliśmy 2 razy (1 leczony zapomocą Bi), zapaleń ucha środkowego 15 razy (leczonych zapomocą Bi 12 razy). Dwa razy wystąpiło zapalenie nerek kłębuszkowe w trzecim tygodniu bezgorączkowym, po ciężkim durze leczonym zapomocą Bi (o czem później).

4. Wpływ leczenia zapomocą bizmutu na śmiertelność z duru.

Już z powyższego omówienia stosunku Bi do powikłań wyprowadzić można wniosek, że wpływ leczenia zapomocą Bi nie zaznacza się w sposób wybitny na śmiertelność.

Aby móc ocenić śmiertelność od duru na naszym oddziale, musimy znowu dotknąć sprawy statystyki. G. Jürgens podaje, że najniższa śmiertelność w szpitalach przedwojennych wynosiła najmniej 5,6% w wojskowych, a 8 do 9% w cywilnych.

C. Hirsch podaje 9 do 12%, jako granicę śmiertelności w szpitalach. Oczywiście śmiertelność z duru wahać się będzie w dość znacznych granicach, zależnie od warunków bytu chorych, od rodzaju epidemji *(genius epidemicus)* i t. d. Jeżeli chodzi o nasze warunki, to niewątpliwie różnice pojawić się mogą w porównaniu różnych miast naszego kraju i okresu epidemji. Landau i Fejgin podają śmiertelność na oddziale Landaua na 9%.

Na naszym oddziale mieliśmy 21 przypadków śmierci z duru brzusznego lub jego powikłań. Zaznaczamy, że zaliczono tu zarówno przypadki leczone zapomocą Bi, jak i nieleczone tym sposobem. Zdaje się, że uznać należy za rzecz oczywistą, iż odsetek śmiertelności obliczamy w stosunku do wszystkich chorych, którzy przebywali na oddziele, a nietylko w stosunku do leczonych zapomocą Bi. Czynimy tak dlatego, że chodzi nam o śmiertelność naszego całego materjału, a nietylko ciężko lub cięższej chorych. Wszakże u pozostałych chorych nie stosowaliśmy Bi tylko z powodu ich dobrego stanu ogólnego i lekkości schorzenia lub też stanu agonalnego. Gdybyśmy i u lekko chorych stosowali Bi, wówczas wszystkie dane wyżej omówione (czas trwania okresu gorączkowego, wpływ bezpośredni i t. d.) uległyby znacznej poprawie, a być może doprowadziłyby nas do entuzjastycznych wniosków.

Śmiertelność na naszym oddziale wynosi wobec tego 6,2% (na 337 chorych).

W porównaniu zatem z wyżej podanemi liczbami statystyki szpitalnej i uwzględniając szczegóły, dotyczące warunków bytu naszych chorych, oraz *genius epidemicus* obecnej epidemji — uznać należy śmiertelność powyższą raczej za niską.

5. Czy stosowanie bizmutu wywołuje bezpośredni wpływ ujemny.

Nie będziemy tu podawali obrazu zatrucia, wywołanego przez stosowanie bizmutu, gdyż obraz ten jest zbyt dobrze znany. U naszych chorych, poza pojawianiem się pojedyńczych krwinek w moczu i śladów białka podczas okresu gorączkowego, co odnieść należy do duru brzusznego, widzieliśmy tylko dwa razy zapalenie kłębuszkowe nerek, o czem wyżej wspomnieliśmy. W pierwszym przypadku objawy ze strony moczu pojawiły się w końcu trzeciego tygodnia bezgorączkowego po bardzo ciężkim durze brzusznym, wśród pomyślnie przebiegającego zdrowienia. Chora ta, lat 19, otrzymała na 3 tygodnie przed tem 2 (dwa!) wstrzykiwania bizmutu *(Quinby soluble)*, w następnych dniach badanie moczu zmian nie wykazywało; trudno nam tu przyjąć zatem bezpośredni związek między stosowaniem Bi a zapaleniem nerek. W przypadku drugim, dziewczyny 17-letniej, która przeszła dur o niezwykłej ciężkości z rozległem zapaleniem płuc odoskrzelowem oraz zapaleniem ucha środkowego, leczenie zapomocą *Bi Chaulmoograe* ukończono bez powikłań nerkowych, a dopiero po 20 dniach (w tem 14 dni bezgorączkowych) wystąpiły w moczu zmiany, świadczące o istnieniu *glomerulo-nephritis acuta*. I tu zatem związek między leczeniem zapomocą Bi a zapaleniem nerek jest wątpliwy, uwzględniając zwłaszcza powikłania ropne *(otitis media)*.

O krwotokach jelitowych mówiliśmy już wyżej. Pomijając zastrzeżenia teoretyczne, że bizmut wydziela się w jelicie grubem, a owrzodzenie durowe widujemy przedewszystkiem w jelicie cienkiem (choć nietylko: *colotyphus!*), sądzimy, że ostrożne stosowanie Bi, z przestrzeganiem właściwych odstępów między wstrzykiwaniami, nie przynosi krzywdy. Częstość krwotoków w naszym materjale przemawia również za tem, że przyczyną ich było zasadnicze cierpienie, a nie stosowany metal. Wobec łatwości, z jaką występują odleżyny u ciężko chorych na dur brzuszny, możnaby się obawiać miejscowych odczynów przy stosowaniu wstrzykiwań preparatów bizmutowych. Tymczasem widzieliśmy zaledwie dwa

razy lekkie nacieki, które pod wpływem okładów, przeszły po paru dniach. Podkreślamy, że liczba wstrzykiwań przez nas dokonana przekracza 600—700 zabiegów!

Niekiedy chorzy skarżyli się na bolesność w miejscu wstrzykiwań, choć żadnych miejscowych zmian nie stwierdzano. Musimy jednak podkreślić, że chorzy ci podobnie reagowali na podskórne wstrzykiwania kofeiny lub kamfory; nie sądzimy przeto, aby miejscowa bolesność mogła być poważniejszą przeszkodą w stosowaniu omawianego leczenia.

Jeden raz widzieliśmy przelotne, swędzące wykwity skórne, na drugi dzień po zastosowaniu Quinby. Obwódka bizmutowa na dziąsłach wystąpiła zaledwie u kilku chorych. Troje z nich skarżyło się na dolegliwości w jamie ustnej, gdzie stwierdziliśmy zapalenie jamy ustnej *(stomatitis)*, przejściowej natury, które pod wpływem leczenia ustępowało w 2 do 4 dni. Ci chorzy żadnych innych zmian nie wykazywali, (ani w moczu, ani ze strony przewodu pokarmowego).

Żadnych innych objawów przy stosowaniu bizmutu nie spotykaliśmy, w szczególności zaś, zgodnie z Sahlim podkreślamy, że preparaty, stosowane przez nas, nie wywołują żadnych odczynów, które możnaby było odnieść do objawów, spotykanych w leczeniu bodźcowem np. ciałami białkowemi, metalami koloidowemi, przy wprowadzaniu dożylnem stężonych rozczynów krystaloidów i t. p., o czem wyżej wzmiankowaliśmy.

Zbierając zatem powyższe dane dochodzimy do wniosku, że stosowanie Quinby w postaci oliwnej i w rozczynie wodnym oraz *Bismutum Chaulmoograe'a* Gessnera, wreszcie *Cardyl* Spiessa nie wywołuje żadnych ujemnych skutków dla chorego na dur brzuszny, o ile oczywiście wstrzykiwania dokonywane są *lege artis*, z zastosowaniem odpowiednich odstępów między poszczególnemi wstrzykiwaniami.

III. O mechaniźmie działania bizmutu w durze brzusznym.

Jeśli dalsze doświadczenia dowiodą niezbicie skuteczności leczenia bizmutowego w durze brzusznym, na co do pewnego stopnia wskazują i nasze doświadczenia na materjale 122 chorych, powstaje zagadnienie czemu przypisać tą skuteczność? Sahli, polecając Quinby wyraża przypuszczenie, że bizmut w połączeniu z jodem i chininą posiada szczególnie korzystne działanie bakterjobójcze, a nawet swoiste w durze brzusznym. Na poparcie swej tezy przytacza szereg dowodów, trzeba przyznać, pośrednich. Niemniej jednak Sahli poleca gorąco powyższe leczenie mówiąc, że „osobiście niechętnie leczyłbym obecnie dur bez pomocy Quinby".

W naszych doświadczeniach widzieliśmy niewątpliwie korzystne wyniki, obok zupełnie ujemnych, wobec czego wydaje nam się, że za wcześnie jeszcze mówić o swoistem leczeniu duru brzusznego zapomocą bizmutu, a tem samem byłoby jeszcze bezprzedmiotowem omawianie mechanizmu działania. Być może, że chodzi tu o przestrojenie, względnie pobudzenie sił obronnych w kierunku prawidłowych odczynów ustroju wobec zakażenia. Jedno możemy podkreślić na podstawie naszych badań, że czynnikiem działającym jest prawdopodobnie tylko bizmut, i to niezależnie od swej postaci. Działa tak samo połączenie rozpuszczalne w wodzie (Quinby w wodnym rozczynie), jak i Quinby w zawiesinie oleistej (Quinby w zawiesinie) lub w połączeniu rozpuszczalnem w tłuszczach *(Cardyl)*. Jod i chinina ani nie wpływają same przez się, ani też nie wzmagają działalności bizmutu, gdyż działa podobnie i *Bismutum Chaulmoograe'a* Gessner. Niesłusznem też wydaje się przypuszczenie, że działanie bizmutu wymaga tworzenia *depôt*, jak twierdzi Sahli, gdyż działa tu, jak podkreślaliśmy, bizmut rozpuszczalny w wodzie *(Quinby soluble)*.

Nieliczne nasze doświadczenia nad frakcyjnem podawaniem Bi nie dały zachęcających wyników. Stosowaliśmy w kilku przypadkach dawki frakcyjne, podając u chorych dorosłych *Quinby soluble* (w wodnym rozczynie) w dawce 1/3 ampułki codziennie (wśródmięśniowe wstrzykiwania). Wybraliśmy tę postać Bi, ze względu na szybkie wchłanianie się. W ten sposób chory otrzymywał w sumie tę samą ilość Bi co w leczeniu poprzednio omówionem (1 ampułka co trzy dni). Zdawaćby się mogło zatem, że korzystniej jest pobudzać ustrój rzadziej, ale większą dawką. Doświadczenia te zdają się też przemawiać raczej przeciwko teorji o skutecznem działaniu bizmutu w *depôt*, z którego wydzielają się do ustroju małe dawki.

Zdajemy sobie sprawę, że mówiąc o pobudzaniu sił obronnych w kierunku prawidłowych (uzdrawiających) odczynów ustroju wobec zakażenia, niewiele tłumaczymy mechanizm bizmuto-terapji duru brzusznego, celem naszym jednak było wypróbowanie tego nowego sposobu leczenia i możliwie krytyczne ustosunkowanie się do niego, co czynimy z tem przekonaniem, że więcej szkodzi postępowi lecznictwa niedostatecznie uzasadniony optymizm, niż krytycyzm.

Ostateczne wnioski.

Badania, przeprowadzone u 122 chorych, wybranych jako cięższei chorych z pośród 337, leczonych na oddziale w miesiącach od końca sierpnia do końca grudnia 1931 r., wykazały, że:

1. wstrzykiwania domięśniowe preparatów bizmutu wywierają w 36% korzystny wpływ bezpośredni i doraźny na przebieg gorączki i szereg objawów chorobowych. W dalszych 36,8% korzystny wynik nie daje się ściśle złączyć ze stosowaniem bizmutu. Ogólnie rzecz biorąc w 72,9% przebieg choroby u tych cięższej chorych, leczonych zapomocą bizmutu był niewątpliwie korzystny.
2. Bizmuto-terapja zastosowana wcześnie może skrócić okres choroby.
3. Nie wykazano wyraźnego wpływu bizmuto-terapji na częstość występowania powikłań (określonych wyżej).
4. Uwzględniając obciążające warunki bytu naszych chorych oraz cięższy przebieg tegorocznej epidemji duru brzusznego w Warszawie, uważać można śmiertelność, w stosunku do wszystkich leczonych na oddziele, za względnie niską.
5. Bizmuto-terapja, sama dla siebie, (na 600—700 zabiegów) nie wywołuje żadnych ujemnych skutków ani bezpośrednich, ani pośrednich u chorego.
6. Nie stwierdzono różnicy działania między połączeniami jodo-chinino-bizmutowemi (Quinby), rozpuszczalnemi w wodzie i w zawiesinie oleistej. Podobnie też nie zauważono różnicy między powyższem połączeniem a zawiesiną oleistą bizmutu *Chaulmoograe'a*, która nie zawiera ani jodu ani chininy. Badania nad *Cardyl'em* (t. j. kamfo-węglanem bizmutu, połączeniem bez jodu i chininy, rozpuszczalnem w oliwie) są zbyt nieliczne na wyprowadzanie wniosków.
7. Frakcyjne podawanie *Quinby soluble* nie dało zachęcających wyników.

Wniosek ogólny. Bizmuto-terapja duru brzusznego nie rozwiązuje jeszcze sprawy leczenia tego cierpienia, wyniki otrzymane są jednak niewątpliwie bardzo zachęcające. Podkreślamy, że wyniki te nie ustępują wynikom, uzyskanym przez innych autorów, stosujących inne interwencyjne sposoby leczenia (leczenie bodźcowe i t. d.), a nawet, być może, przewyższają je. Za szczególnie cenną cechę leczenia bizmutem uważamy fakt, że wstrzykiwanie bizmutu nie wywołuje wstrząsów ani też innych, godnych wzmianki, ujemnych skutków, dlatego może być stosowane u każdego chorego na dur brzuszny, z wyjątkiem może przypadków z krwotokami jelitowemi.

Oczywiście, leczenie bizmutem nie zwalnia lekarza od stosowania odpowiedniego odżywiania i higjeny chorego, oraz od stosowania leków naczyniowych, sercowych, regulujących wypróżnienia i t. d. tam, gdzie zajdzie potrzeba.

Stosować należy bądźto jodo-bizmutan-chininy rozpuszczalny w wodzie lub w zawiesinie oleistej, bądź też *Bismutum Chaulmoograe'a* (Gessner) w dawce 1 ampułka (u dorosłych) co trzy dni na czwarty.

Piśmiennictwo:

Held: P. Gaz. Lek. 1923. Nr. 7. — Hirsch C.: W Kraus-Brugsch: Spez. Path. u. Ther. innerer Krankh. T. 2. cz. 3. 1923 — Huszcza A.: Podręcznik chorób zakaźnych z. VI. 1924. — Jürgens: W Kraus-Brugsch: Spez. Path. u. Ther. innerer Krankh. T. 2. cz. 1. 1919. — Karwacki L.: Odczyty kliniczne S. XX. z. 5. 6 i Pam. Tow. Lek. Warsz. CXII. 43 i Pam. Tow. Lek. Warsz. 1928. str. 69 (dyskusja). — Kucharski T.: P. G. L. 1924. Nr. 38. — Krukowski O.: Ibidem. 1924. Nr. 22. — Landau A. i Fejgin M.: Dur brzuszny. Wykłady lekarskie Nr. 3. 1931. — Latkowski J.: Przegl. lek. 1917. Nr. 24 i 34. — Luxemburg J.: Pam. Tow. Lek. W. 1928. str. 69. i Warsz. Czas. Lek. 1928. Nr. 19. — Ławrynowicz, Tatarinow i Czaczikow: P. G. L. 1923. Nr. 47. — Ławrynowicz: Ibidem. 1924. Nr. 29.— Majewska G.: Medycyna 1916. str. 657 i 674. — Michalski Z.: Pam. Tow. Lek. W. 1928. str. 70 (dyskusja). — Modrakowski J.: Ibidem. (dyskusja). — Sahli H.: Wiedza lek. 1931. Nr. 2.— Saxl: Wien. Klin. W. 1926. — Wespański: Przegl. lek. 1917 Nr. 20. — Widal, Abrami, Brissaud: Presse méd. 1921. Nr. 19.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Doc. dr. J. HURYNOWICZ, Wilno.
Dr. L. ACHMATOWICZ.
Dr. J. KUCHARSKI.

W sprawie pourazowych porażeń nerwów obwodowych.

Z Kliniki Neurologicznej Uniwersytetu Wileńskiego (Kierownik: prof. St. Władyczko) i Szpitala Św. Jakóba w Wilnie.

Dnia 31. XII. 1929 r. do Kliniki Neurologicznej U. S. B. przewieziono ze szpitala w Mołodecznie chorą Marję S. lat 19, wieśniaczkę z całkowitym bezwładem prawej kończyny górnej.

M. S. podaje, że w październiku 1929 r. pracując na wyrębie lasu, została ugodzona padającym drzewem w prawy bark od tyłu. Rzucona o ziemię — straciła przytomność, po odzyskaniu świadomości uczuła silny ból w całej klatce piersiowej, oraz prawej kończynie górnej, której nie mogła poruszyć. Odwieziona do szpitala w Mołodecznie leczyła się tam w przeciągu miesiąca kąpielami, masażem, elektryzacją, lecz bez skutku — wobec czego została skierowaną do Kliniki Neurologicznej w Wilnie.

Dziedzicznością chora nie jest obarczona. Badanie narządów wewnętrznych, moczu, kału, krwi żadnych zmian nie wykazało.

Ze strony nerwów czaszkowych, źrenic, dna oka, zwieraczy zmian nie stwierdzono.

W kończynach dolnych i górnej lewej zmian w ruchach, czuciu, odruchach nie stwierdza się. Natomiast ruchy czynne prawej kończyny górnej zupełnie zniesione (b. nieznaczny ruch zgięcia II i III palca), zanik mięśni w całej kończynie i pasie barkowym. W okolicy trójkąta naramiennopiersiowego *(trigonum Morenheimi)* wyczuwa się niedużą guzowatość wielkości orzecha laskowego.

Odruchy z m-i ramiennosprychowego *(supinat. long.)* i trójgłowego *(triceps)* — *n. radialis* — zniesione, z m-a dwugłowego *(biceps)* — *n. musculocutaneus* — b. osłabione (zniesione?), z piersiowego większego *(pectoralis major)* — *nn. thoracales anteriores* — osłabione.

Czucie powierzchowne na ramieniu w obrębie *n-i cutanei brach. lateralis et posterior,* jak również w obrębie *n-i cut. brach. medial.* (w stopniu lżejszym) — obniżone; na przedramieniu: w obrębie *n-i cutanei antibrach. later. et posterior.* — zniesione; w obrębie *n-i cutanei mediales* — zachowane, na ręce: na IV i V palcu *(n. ulnaris),* na I palcu *(n. radialis)* zniesione, na II i III palcu *(n. medianus)* znacznie osłabione.

Zdjęcie rentgenowskie barku w trzech pozycjach wskazuje na złamanie panewki i powstałą tam kostninę — *(callus).*

Badanie prądem elektrycznym (metoda Erb'a) wykazuje całkowity odczyn zwyrodnienia w m-ach dwugłowym i naramiennym *(deltoideus),* oraz w prostownikach kończyny, częściowy O. Z. we wszystkich mięśniach porażonej kończyny.

Stosowanie kąpieli w wannie, masaży, zabiegów cieplnych oraz jodjonizacji w przeciągu miesiąca — dało pewien wynik dodatni, a mianowicie chora mogła unosić kończynę ku górze (w stawie barkowym), ruszać w łokciu; z wielką trudnością ostatecznie — mogła posługiwać się pomocniczo porażoną kończyną. Jednakże ruchy ręki, palców, wszelkie ruchy wyprostne nie mogły być wykonywane.

Ponieważ nadal polepszenie nie występowało, objawy zaś klinicznie wskazywały na porażenie splotu barkowego, po konsultacji z chirurgiem (dr. L. Achmatowiczem) zdecydowaliśmy poddać chorą operacji. Przypuszczaliśmy możliwość jakiegoś ucisku na splot barkowy, spowodowanego urazem, a wywołującego zwyrodnienie włókien nerwowych splotu, tem bardziej, że zdjęcie rentgenowskie stawu barkowego wykazało pewne zmiany kostne.

Dnia 5. V. 30. chorą przeprowadzono na oddział chirurgiczny szpitala Św. Jakóba — gdzie dnia 9. V. 30 dr. L. Achmatowicz dokonał następującej operacji: uśpienie eterowe, cięcie od wysokości mięśnia pochyłego środkowego *(scalenus med.)* wzdłuż przebiegu splotu barkowego do miejsca przyczepu m-a najszerszego grzbietu *(latissimi dorsi)* do kości ramieniowej. Po przecięciu skóry mięśnia piersiowego większego i mniejszego i przepiłowaniu obojczyka — przecięto mięsień podobojczykowy i skontrolowano cały splot barkowy rozpoczynając od jego najwyższych poziomów do przyczepu m-a najszerszego grzbietu *(latissimus dorsi)* na kości ramiennej, przyczem nigdzie nie stwierdzono rozerwania, ucisku przez zrosty lub przez kość, wydrążenia stawowego łopatki; żadnych zgrubień pni nerwowych, zmian w kolorze i t. d., wobec czego — rekonstrukcja rany.

20. V. 30. zagojenie się przez rychłozrost.

30. V. 31. Konsolidacja obojczyka — chora przeprowadza się na Klinikę Neurologiczną, gdzie przebywa do dnia 31. VII. 30 r. W tym czasie otrzymuje znów zabiegi cieplne, kąpiele, masowanie, jodjonizację.

Blizna pooperacyjna długości przeszło 35 cm — ciągnie się od prawej jamy nadobojczykowej poniżej prawej jamy pachowej. Zgrubienie i bolesność obojczyka w miejscu operowanem.

Ruchy dowolne w stawie barkowym zachowane — lecz nieco ograniczone, jak również w stawie łokciowym. Ruch ręki wyprostny zniesiony całkowicie i nadal.

18. VI. 30. Zjawiły się lekkie ruchy zginania II — III — IV palców.

Badanie O. Z. wykazało jak poprzednio całkowity i częściowy odczyn zwyrodnienia w mięśniach porażonej kończyny.

Drugi podobny wypadek dotyczył rolnika 21 l., który przybył do Kliniki w marcu 1928 r. z powodu bezwładu prawej kończyny górnej, powstałego wskutek urazu w prawy bark w styczniu tegoż roku.

Wywiady w kierunku dziedziczności, przebytych chorób nie dają nic godnego uwagi.

Ze strony narządów wewnętrznych, krwi, jej ciśnienia, moczu i kału uchyleń od normy nie stwierdzono. Źrenice i ich odczyny, nerwy czaszkowe, odruchy skórne, z błon śluzowych, ścięgniste z kończyn dolnych i lewej górnej oraz zwieracze — bez zmian.

Zdjęcie rentgenowskie prawego barku zmian nie wykazało.

Ruchy kończyny prawej górnej czynne — zniesione; bierne zachowane. Odruchy na kończynie górnej prawej zniesione. Zanik mięśni całej kończyny górnej prawej. Czucie powierzchowne na przedramieniu i dłoni zniesione — na ramieniu znacznie obniżone w obrębie skórnych rozgałęzień nerwów całego splotu barkowego prawego.

Badanie prądem elektrycznym mięśni i nerwów prawej kończyny górnej wykazało miejscami całkowity (mięśnie unerwiane przez nerw promieniowy, pośrodkowy i łokciowy na dłoni i przedramieniu) miejscami częściowy (mięśnie barku i ramienia) — odczyn zwyrodnienia.

Przy ucisku bolesność z tyłu na łopatce, powyżej grzebienia tuż przy stawie barkowym, oraz z przodu w przejściu fałdu pachowego przedniego — na ramię.

Wobec możliwości ucisku lub naruszenia ciągłości splotu barkowego wskutek urazu — na co wskazywały ciężkie objawy kliniczne porażenia splotu barkowego — po konsultacji z chirurgiem (Dr. J. Kucharskim) zaproponowano choremu zabieg operacyjny.

Chorego przeprowadzono na oddział chirurgiczny Szpitala Św. Jakóba, gdzie dnia 2. IV. 1928 r. została dokonana operacja. Uśpiony mieszanką Bilrotha. Cięciem księżycowatem od trzeciej zewnętrznej części obojczyka poniżej fałdu pachowego przedniego otwarto warstwowo z przecięciem mięśni piersiowych dużego i małego dół pachowy; obnażono splot barkowy i naczynia pachowe. Ucisku, zgrubienia, przerwania nie stwierdzono, kontrola wyrostka kruczego *(proc. coracoideus)* wykazała stosunki prawidłowe. Zaszycie warstwowe rany operacyjnej. Sączek w dolnym brzegu rany. Opatrunek.

Przebieg pooperacyjny bez komplikacji. Rychłozrost.

Zmiany objektywne w porażonej kończynie, poza nieznacznem może złagodzeniem objawów znieczulenia powierzchownego — nie nastąpiły; — chory wypisał się z oddziału chirurgicznego — bez polepszenia.

Wypadki pourazowych porażeń nerwów obwodowych, które dają niespodzianki klinicyście na stole operacyjnym — nie należą wprawdzie do rzadkich, lecz dyskusja nad oświetleniem i interpretacją tych zjawisk — jest jeszcze niezamkniętą.

Obecny materjał doby wojennej przyczynił się znacznie do wyjaśnienia wielu jeszcze ciemnych punktów tej sprawy; — klinicznie jednak dotychczas jest niezmiernie trudnem do rozstrzygnięcia — w jakim wypadku objawy porażenia nerwu obwodowego, przy wszelkich danych klinicznych na uszkodzenie tego nerwu — da nam na operacyjnym stole — nerw makroskopowo niezmieniony.

Uraz obcem ciałem (kula, pocisk, części twarde), lub przez mechaniczny ucisk, jak wiemy może wywołać działanie bezpośrednie na nerw *(„direkte Kontaktschädigung“* niemieckich autorów) powodując jego całkowite lub częściowe przerwanie.

I nietylko w miejscu urazu, lecz zmiany i uszkodzenie mogą powstać daleko na obwodzie odcinku obwodowego, a co ma jeszcze większe znaczenie — w kierunku dośrodkowym i jak twierdzi Forel, Auerbach — mogą być obserwowane aż w zwojach kręgowych.

Zmiany tem większe im gwałtowniejszy był uraz i powodował rozerwanie, zmiażdżenie nerwu — nie zaś jego gładkie przecięcie.

Uszkodzenie w tych wypadkach dotyczy zazwyczaj nietylko tkanki nerwowej, lecz jej otoczek, naczyń krwionośnych i limfatycznych.

Następnie — Perthes, Strohmayer, Pfeifer, Mausz, Krüger, Moro, Weisberg i in., zwrócili uwagę na niezmiernie ciekawy fakt,

że często — przy objawach klinicznych, wskazujących na przerwanie ciągłości włókien nerwowych — na stole operacyjnym stwierdza się swobodnie leżące nieuszkodzone pnie nerwowe.

Staranne oględziny makroskopowe nie wykazywały zmian żadnych i tylko skrupulatne badanie poszczególnych gałązek nerwowych, odchodzących od pnia macierzystego — nasuwało przypuszczenie o ważnych zmianach w nich istniejących, powstałych według autorów z powodu wstrząsu na odległość, wywołanego siłą rozpędową urazu *(Fernschädigung)*.

Co do istoty zmian, zachodzących w podobnych wypadkach w nerwie i bliżej leżących tkankach — zdania są podzielone.

Być może należałoby za punkt wyjścia brać siłę natężenia i rozległość działającego na nerw urazu i według tego wyprowadzać wnioski o wielkości mogących powstać zaburzeń.

Od zmian nieuchwytnych t. zw. *commotio nervi,* poprzez szereg form przejściowych, o rozmaitych, mniej lub więcej zaznaczonych uszkodzeniach — do zupełnie wyraźnych zmian nekrotycznych tkanki nerwowej — jej otoczek i naczyń.

Przedewszystkiem — istnieje duża różnica zdań co do samego pojęcia *commotio nervi.*

Gdy szereg autorów zalicza do tej kategorji wszystkie wypadki, gdzie przy klinicznych objawach porażenia nie znajdujemy żadnych zmian makroskopowych w nerwie, Foerster kładzie specjalny nacisk na wyodrębnienie, jako *commotio nervi sensu stricto* tylko takich, w których zaburzenia, powstałe wskutek urazu, szybko przemijają.

Należy je uważać za zjawisko podobne do tak zw. *commotio cerebri,* gdzie według Spiegela powstają w tkance nerwowej zmiany fizykalne szybko odwracalne *„physikalische Veränderungen rasch reversiebel"*.

Morfologicznie istota prawdziwego *commotio* nie jest jeszcze dotychczas jasna. My nie wiemy, na czem polegają fizykalne zmiany, powstające w miąższu nerwu wstrząśniętego urazem.

Obersteiner przypuszcza, że chodzi tu o histologiczne, nie dające się rozpoznać obecnemi metodami — zmiany w koloidochemicznej strukturze włókna nerwowego.

Marburg próbuje tłumaczyć zaburzeniami elektrycznych właściwości tkanki nerwowej, jak polaryzacji, ładunków i t. d.

Ambron, Held, a ostatnio Spiegel twierdzą, że bardzo subtelne zmiany miąższowe dotyczą zaburzeń wewnątrz nerwu: w rozplanowaniu zwykle układających się promienisto do osi włókien kryształków lecytyny.

Ricker — cały punkt ciężkości przenosi na naczynia tkanki nerwowej. Według niego, ostry ucisk myeliny, wywołany urazem, wpływa przedewszystkiem na zakończenia nerwów w naczyniach — stąd zaburzenia w krążeniu i wtórne już zmiany w tkance nerwowej i jej czynności.

O ile te zmiany są nieznaczne, zostają wkrótce wyrównane, możemy więc mówić o *commotio sensu stricto;* — w przeciwnym zaś razie zaburzenia czynnościowe są dłuższe, zmiany głębsze, mniej lub więcej trwałe.

Niektórzy z autorów stwierdzali w tych wypadkach drobne wybroczyny krwawe i limfatyczne. Sam proces tego wynaczynienia ma mieć przebieg następujący:

W związku z urazem powstaje rozszerzenie naczyń włosowatych i wybroczyny *per diapedesin,* drobne, stwierdzane tylko mikroskopowo.

Znacznie rzadszem zjawiskiem są przystudzienice *(petechiae)* lub wybroczyny *(ecchymoses),* widoczne makroskopowo. Mogą one być spowodowane pęknięciem błony wewnętrznej i sprężystej z lub bez — następczego zakrzepu naczynia; może, oczywiście, być również i całkowite przerwanie naczynia z wylewem *per rhexin,* które pociąga za sobą przerost śródbłonka t. zw. *vasopathia* Marburga.

Jeśli chodzi o naczynia limfatyczne, to oczywiście trudno mówić o rozszerzeniu, ze względu na delikatne i słabe ścianki tych naczyń. Uraz prowadzi do ich rozerwania, pęknięcia — następuje limfotok *(lymphorrhagia)* z mniejszym lub większym obrzękiem tkanek.

Pomimo, że w szeregu wypadków z klinicznemi objawami porażenia nie znajdywano zmian makroskopowych na operacji, jak również nie stwierdzono (Perthes) naruszenia wewnętrznej budowy nerwu nawet zapomocą t. zw. *„Endoneurale Aufschwemmungsmethode"* Hofmeistera, która pozwala odpreparować, wyodrębnić i sprawdzić poszczególne włókna nerwowe — to jednak, Strohmeyer, Pfeifer, Mann, Krüger, a szczególniej Foerster — poddają te wypadki krytyce, dowodząc, że metoda Hofmeistera nie wyklucza istnienia zmian wewnątrz samego nerwu.

Foerster stwierdza, że zapomocą t. zw. *„innere Neurolyse"* wykrył zmiany wyraźne w budowie włókien nerwowych: rozpad nitki osiowej, szary kolor, zcieńczenie włókien, przewężenie, miejscami naderwanie zakończone małemi nerwiakami.

Lecz jeśliby nawet wewnętrzna struktura nerwu zdawała się nieuszkodzona, to należy przypuszczać, że mikroskopowe badanie pojedyńczych włókienek wykazuje pewne, zachodzące w nich, zmiany.

Na szczególną uwagę zasługuje przeprowadzona przez Perthes'a i Spielmeyer'a analiza dwóch wypadków, gdzie stwierdzono jedynie wybitne zmiany w otoczce rdzennej nerwu z objawami rozpadu, bez odczynowych zmian w *endoneurium.*

I w żadnym wypadku objawów chorobowych, istniejących w układzie nerwowym, nie spotykano się z tak rażącą dysocjacją znacznych uszkodzeń w otoczce rdzennej — przy stosunkowo małych zmianach, lub całkowitym ich braku ze strony nitki osiowej, naczyń krwionośnych i tkanek okołonerwowych.

Należy więc przypuszczać, że omawiane pourazowe wypadki uszkodzenia dotyczą prawdopodobnie przedewszystkiem — otoczki rdzennej nerwu.

Jeśli chodzi o zmiany w *endoneurium* — przypuszczalnie występują one znacznie później.

Moro zaznacza, że przy wczesnem operowaniu zwykle nie udaje się stwierdzić żadnych zmian w śródnerwiu i tylko, jeśli w celach terapeutycznych wykonywuje się powtórny zabieg, możemy przypadkowo znaleźć obecność zbliznowaciałej tkanki ze zmianami w nerwie. Niekiedy tylko bardzo staranna palpacja nerwu, lub podrażnienie go prądem elektrycznym może wykazać istniejące zaburzenie.



Ryc. 1.
Wypadek porażenia nerwu obwodowego bez zmian makroskopowych. Obok wielkiej ilości normalnych włókien nerwowych — dużo szaro zabarwionych nici osiowych, pozbawionych otoczki rdzennej. (Według Spielmeyer'a, Eisenhämatoxilin).

Poza tem należy zwrócić uwagę na cały szereg innych już pośrednich przyczyn, które mogą wpływać na zaburzenie czynności nerwu.

Przedewszystkiem według Bade są to zmiany, powstające w naczyniach krwionośnych samego nerwu, lub bliżej leżących tkankach.

Nerw może być nieuszkodzony, lecz pęknięcie jakiegoś naczynia, przez ucisk wywołany wylewem krwi — może stopniowo powodować zmiany i w samych włóknach nerwowych.

Mendel, Elstera, Lehman mówią również o zaburzeniach, powstałych w związku z niedokrwistością nerwu wskutek podwiązania lub uszkodzenia jakiegoś naczynia i przytacza wypadki, gdzie podwiązanie tętnicy pośladkowej górnej *(art. glutea superior)* wywołały zmiany w nerwie kulszowym.

Następnie — niepoślednia rola naczyń krwionośnych przy resorbcji rozpadłych części tkanek nerwowych, gleju, z następowem formowaniem się zbliznowaceń — może powodować wtórnie zaburzenia w czynności nerwu, niemniej jak istnienie stanów zapalnych tkanek, otaczających nerw, które znów mogą prowadzić do tworzenia się blizn zewnętrznych i wciągnąć w proces lub wywierać ucisk na leżący blizko nerw (Hecle, Hezel).

Duże znaczenie również może mieć obecność obcych ciał lub jakichkolwiek bądź procesów chorobowych w kościach.

W pewnych wypadkach te bezpośrednie i pośrednie przyczyny wpływu na nerw tak są pokrewne, że trudne jest przeprowadzenie wyraźnego rozgraniczenia — i należy brać pod uwagę rozmaite, mogące powstać możliwości.

Przechodząc obecnie do omówienia wyżej podanych naszych wypadków, należy stwierdzić, że cały przebieg objawów klinicz-

nych: całkowite porażenie uszkodzonych kończyn z wyraźnemi objawami porażenia nerwów splotu barkowego (zanik mięśni z odczynem zwyrodnienia, zaburzenie czucia powierzchownego, odruchów, zmiany kostne, stwierdzone rentgenologicznie w wypadku pierwszym) uraz w wywiadzie — wskazują na możliwość, a raczej dają pewność wnioskowania o istnieniu zmian w samym splocie — bądźto wskutek przerwania ciągłości nerwów, bądźto w zależności od istnienia jakiegoś stałego ucisku, powodującego następowe zmiany.

Jednakże na stole operacyjnym w żadnym z tych wypadków, pomimo szerokiego obnażenia splotu barkowego, aż do wyjścia jego korzonków z otworów międzykręgowych, pomimo starannych poszukiwań — zmian makroskopowych nie stwierdzono ani wzrokowo ani obmacaniem.

Niestety, z przyczyn od nas niezależnych, nie mogliśmy zbadać w czasie operacji stanu porażonych nerwów prądem elektrycznym, jak to zaleca czynić Foerster.

Na operacji więc widocznych zmian w porażonych nerwach nie stwierdzono.

Następnie — należałoby wykluczyć sprawę możliwości istnienia uszkodzeń spowodowanych urazem w rdzeniu na odcinku odpowiadającym unerwieniu kończyny górnej, lub tej części korzonków rdzeniowych, która przebiega w kanale kręgowym, no i porażenia natury czynnościowej.

To ostatnie, z powodu tak wyraźnych klinicznych objawów porażenia organicznego (zanik mięśni, O. Z. i t. d.) — nie może być brane pod uwagę.

Co zaś do sprawy rdzeniowej to, według Fabritiusa, Mazu, Sittiga, Foerstera, Spillera, którzy podają szczegółowe opisy podobnych wypadków — zmiany mogą występować w ściśle ograniczonych ogniskach górnego odcinku rdzenia szyjnego. Uraz dotyczy najczęściej okolicy górnej części karku, szyi, powoduje utratę świadomości na przeciąg kilkunastu godzin, w następstwie objawy porażenia wszystkich czterech kończyn, zaburzenie zwieraczy, częsty objaw Babińskiego. Szybkie wyrównanie porażeń kończyn dolnych, nieco dłuższe — obu kończyn górnych, następnie jedna ręka zupełnie wraca do normy, a pozostaje porażenie kurczowe drugiej kończyny górnej, najczęściej żadnych zaburzeń czucia.

Do tej kategorji uszkodzeń należy zaliczyć również wypadki opisane przez Mazu, Benisty, Faure-Beaulieu, wypadki porażenia jednej ręki *(monoplegia brachialis)*, jako wsteczny objaw, powstałego wskutek urazu — zespołu poprzecznego porażenia szyjnego odcinka rdzenia.

Tu się spotykamy z poza wyżej wspomnianemi objawami porażeń kończyn, zaburzeń zwieraczy, częściowo czucia, wyrównania porażeń kończyn dolnych, poprzez objawy porażenia połowicznego do porażenia jednej ręki — z jednoczesnemi objawami (o zmiennem natężeniu) porażeń rozszerzaczy źrenicy oka *(Myosis à bascule)*; objaw, który Foerster uważa za bardzo charakterystyczny dla lokalizacji uszkodzeń tego rodzaju.

Wracając do naszych obserwacyj widzimy, że obraz kliniczny tych chorych odbiega od podanych przez wyżej wspomnianych autorów, a brak objawów porażenia o typie Brown-Sequarda wyklucza ognisko w jednej połowie rdzenia; uszkodzenie zaś (naderwanie, ucisk wylewem krwi i t. d.) tej części korzonków rdzeniowych, które przebiegają w kanale kręgowym — również nie daje obrazu objawów, obserwowanych w tych wypadkach.

Mechanizm uszkodzenia splotu barkowego prawego, w wypadku pierwszym możnaby wytłumaczyć w sposób następujący: chora została ugodzona padającem drzewem w okolicę prawego barku od tyłu, wskutek czego mogło nastąpić gwałtowne nadmierne rozciągnięcie całego splotu barkowego i w związku z tem rozerwanie (naderwanie) lub inne z wyżej przytoczonych zmian — poszczególnych włókien nerwowych.

Zmiany te mogły mieć charakter makroskopowo nieuchwytny — podobnie, jak się to nieraz stwierdza na nerwie pachowym *(axillaris)*, gdzie między innemi przyczynami (niedokrwistość, ucisk), krótkotrwałe rozciągnięcie, spowodowane nieprawidłowem ułożeniem kończyny podczas uśpienia operacyjnego, wywołuje porażenie nerwu pachowego.

Należy więc przypuszczać, że w podanych przez nas przypadkach mieliśmy do czynienia z tem, co jest uważane za jedno z odmian wstrząsu nerwu; — oczywiście, nie w znaczeniu Foerstera — *commotio nervi sensu stricto*, gdyż stałe zaburzenia czynności porażonych kończyn — musiały być spowodowane głębszemi zmianami, prawdopodobnie w budowie nerwu i jego włókien.

Jak daleko poszły te zmiany niestety nie mogliśmy stwierdzić: — biopsji nerwu i badania drobnowidowego w tych wypadkach nie można było wykonać.

Bezskuteczność zabiegu operacyjnego w podobnych wypadkach zmusza nas do szukania metod postępowania z tego rodzaju chorymi; — niestety zagadnienie, narazie niemożliwe do rozwiązania.

Obraz kliniczny, przemawiający za porażeniem nerwu lub splotu — każe przypuszczać istnienie jakiejś przyczyny, wywołującej te porażenia: przyczyny, najczęściej natury zewnętrznej powodującej przerwanie ciągłości nerwu lub jego ucisk.

W tych wypadkach, oczywiście, zabieg operacyjny jest bezwzględnie wskazany i może dać wyniki dodatnie.

W braku zaś zmian makroskopowych, a ewentualnych uszkodzeń śródmiąższowych nerwu — sprawa stoi w innej płaszczyźnie.

Tu zabieg operacyjny, jak dotychczas — jest bezowocny.

Proponowane próby ożywienia nerwu przez wycinanie pewnej części nerwu i wtórna *neuroraphia* — jest wątpliwa w swych skutkach.

Nie możemy przewidzieć i sprawdzić na jakiej przestrzeni i gdzie się kończy część uszkodzona, a zaczyna się zdrowa; — wiemy, że zmiany mogą być bardzo dalekie od miejsca urazu.

W każdym bądź razie, jeśli praktycznie w chwili obecnej — trudnem jest rozwiązanie sprawy pourazowych porażeń nerwów obwodowych, w których się makroskopowych zmian nie stwierdza, to jednak teoretycznie należy w podobnych wypadkach zawsze brać je pod uwagę.

Być może, że uchwycenie przez staranną obserwację niektórych odcieni w przebiegu klinicznym — da nam w przyszłości pewne wskazówki, które pozwolą wyodrębnić te wypadki nietylko *a posteriori*.

Dr. Kazimierz CZYŻEWSKI. Lwów.

O tak zwanem „samoistnem wyleczeniu" wgłobienia jelit.

Z Oddz. Chirurg. P. Szpit. Pow. we Lwowie.
Prym.: Prof. Dr. T. Ostrowski.

Tak zwane samoistne wyleczenie wgłobienia jelitowego polega na samoistnem oddzieleniu martwiczego odcinka jelita, który zostaje wydalony z kałem. Doświadczenie wykazuje, że termin „wyleczenie" jest przynajmniej dla części przypadków zupełnie niesłuszny. W rzeczywistości jest to oddzielenie martwiaka, które jednak wcale nie prowadzi z reguły do wygojenia i zakończenia sprawy chorobowej.

Oddzielenie wgłobionego odcinka następuje w przypadkach zupełnego przerwania krążenia krwi. Chociaż warunki krążenia w pętli wgłobionej są zawsze gorsze, to jednak nie zawsze dochodzi do zgorzeli. Rozstrzygają tu stosunki przestrzenne w szyi wgłobienia i stosunki anatomiczne w krezce. W szyjce zmienia się wachlarzowato ułożona krezka pętli wpochwionej w gruby postronek. Przedewszystkiem odpływ krwi żylnej natrafia na trudności i odcinek wewnętrzny z podwójnie nałożonych rur jelitowych brzęknie. Ponadto zalegająca choćby częściowo treść jelita rozdyma pętlę doprowadzającą powyżej szyi, pogarszając również ukrwienie w tem miejscu krytycznem. Odcinek zewnętrzny przeciwdziała rozpychaniu przez jelito wgłobione napięciem włókien okrężnych swej mięśniówki, zwiększając ucisk na odcinki wewnętrzne. Krezka przyczepiona wzdłuż tylnej ściany brzucha napina się w miarę postępowania wgłobienia. Rozciągnięte wraz z nią naczynia mogą wreszcie doznać załamania w szyjce wgłobienia, gdzie kierunek ich przebiegu ulega nagłej zmianie. Wszystkie te czynniki mogą ostatecznie doprowadzić do zupełnego przerwania krążenia i do zgorzeli jelita wgłobionego.

Na granicy martwiaka powstaje odczyn zapalny, a sam martwiak oddziela się w tem miejscu. Granica ta leży naogół w jednej płaszczyźnie przekroju, co odpowiada okrężnemu przebiegowi pni tętniczych, wchodzących od krezki w ścianę jelita. Niezawsze jednak proces oddzielania martwiaka odbywa się równocześnie na całej linji granicznej. Zdarzają się miejsca, w których gojenie postępuje trudniej i powolniej. Prawdopodobnie wskutek złego ukrwienia w pewnym odcinku przekroju utrzymują się dłużej ogniska martwicze, dokoła których powstają małe ropnie. Z jednej strony mamy wprawdzie szeroko rozgałęzioną sieć połączeń tętniczych we wszystkich warstwach ściany jelita, z drugiej strony jednak granica oddzielania się martwiaka podlega tak daleko idącym zaburzeniom w krążeniu, że nawet doskonała sieć zespoleń może zawieść.

Poza temi ogniskami przedłużonego oddzielania się martwiaka reszta blizny powoli się zaciąga a przekrój jelita zmniejsza się wskutek tego. W każdym razie twardniejąca blizna stanowi pewną przeszkodę dla krążenia treści jelitowej. Przy silniejszem zwęże-

niu odcinek doprowadzający, który niedawno przeszedł okres rozdęcia, rozszerza się powtórnie, tworzą się nawet uchyłkowate wypuklenia jego ściany. Ogniska jeszcze niewygojone, nacieczone zapalnie, mogą wtedy ulec rozdarciu jako najmniej wytrzymałe. Następuje przebicie ściany jelita do okolicznych zrostów, które powstają wskutek stanu zapalnego na linji granicznej obejmującego także surowicówkę; wytwarza się ropień kałowy, który wreszcie przebija do wolnej jamy otrzewnowej.

Rozważania te wysnuliśmy na podstawie przebiegu klinicznego i badania pośmiertnego dwu przypadków. Pierwszy obserwowaliśmy dokładnie od pierwszego dnia choroby. Drugi zgłosił się do szpitala w stanie bardzo ciężkim, na dobę przed śmiercią tak, że dane kliniczne i uzyskane z wywiadów były bardzo skąpe. Opierać się tu możemy przedewszystkiem na wynikach sekcji.

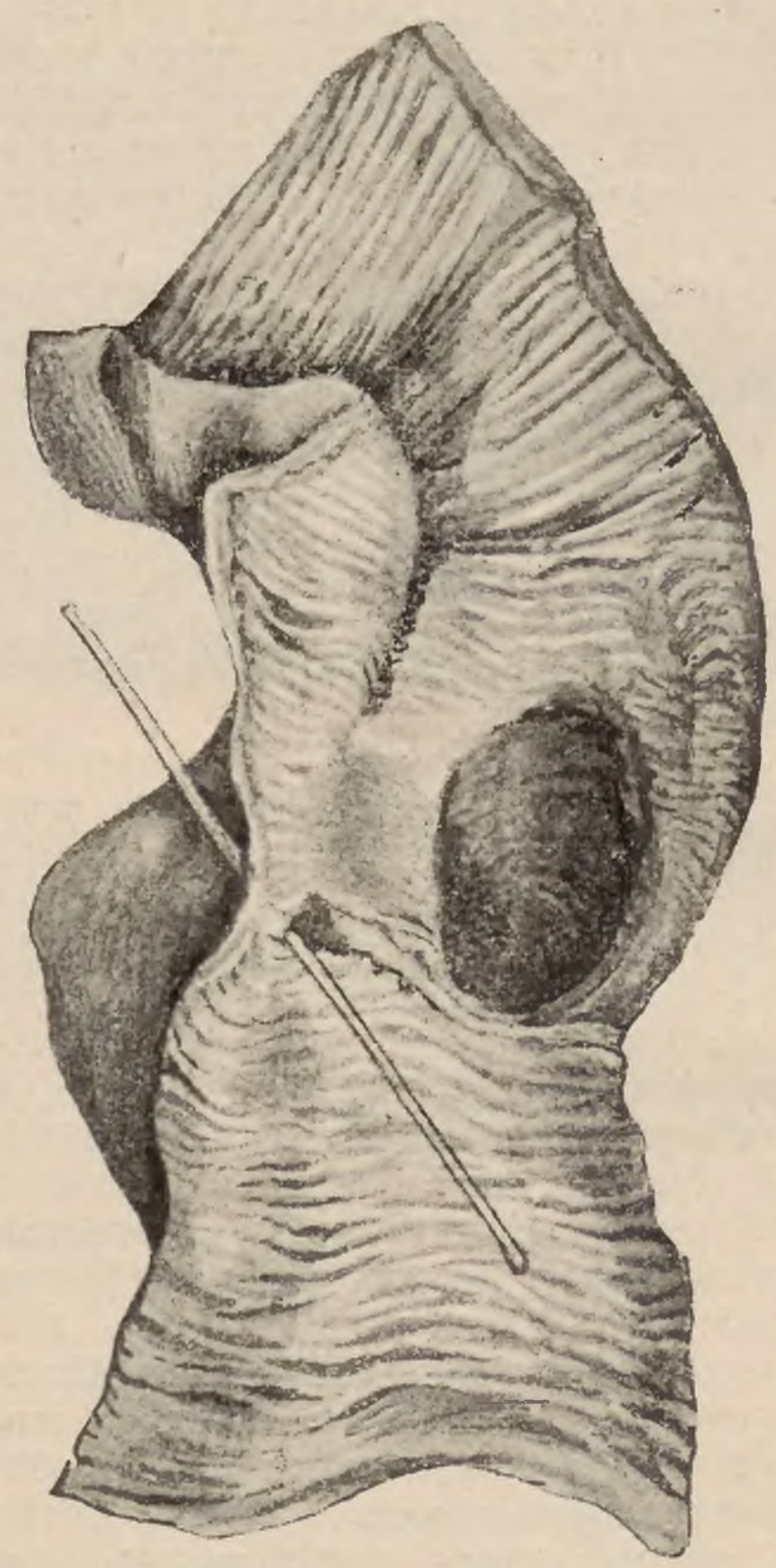
Przypadek I. Chłopak lat 19, zachorował 18. X. 1931 nagle wśród bólów brzucha i wymiotów. Stan pogorszył się w ciągu nocy. Dnia następnego zgłosił się do szpitala. Widocznie objawy nie były gwałtowne, skoro chorego przyjęto na oddział wewnętrzny. Objektywnie stwierdzono lekkie wzdęcie brzucha. W dniu przyjęcia wyczuwać się dawał niewyraźny opór poniżej prawego łuku żebrowego; w dniu następnym opór ten znikł, ale pokazał się podobny opór po stronie lewej, który również ustąpił. Prześwietlenie przewodu pokarmowego wykonane 23 i 24. X. t. j. w 5 i 6 dniu choroby wykazało wysokie ułożenie żołądka, upośledzoną jego ruchomość i znaczne zaleganie płynu, w jelitach liczne poziome powierzchnie płynu. Na tej podstawie przypuszczano zrosty dokoła żołądka i między pętlami jelit. Próba benzydynowa stolca wypadała stale dodatnio. Ze względu na utrzymujące się objawy upośledzenia drożności jelit skierowano chorego w 8 dniu choroby na oddział chirurgiczny. Na oddziele stwierdzono mierne wzdęcie brzucha i tkliwość przy obmacywaniu; w okolicy środkowej brzucha zaznaczały się zarysy pętli. Nie można było stwierdzić guza i wogóle żadnego wyraźniejszego oporu. Chory wymiotował 1—2 razy na dobę, bóle brzucha pojawiały się, lecz mniej dokuczliwe niż z początku. Przypuszczaliśmy zrostowe zapalenie otrzewnej z zaostrzeniem prawdopodobnie na tle gruźliczem, a dodatnią próbę benzydynową odnosiliśmy do krwawień z owrzodzeń gruźliczych jelita. Po wysokim hegarze nastąpiło obfite wypróżnienie z domieszką strawionej krwi i śluzu. Wzdęcie brzucha znacznie opadło. Wobec wyraźnej poprawy wstrzymaliśmy się od laparotomji, stosując tylko codziennie wysokie wlewania do odbytnicy, po których zawsze następowała znaczna ulga. W tem wszystkiem jeden moment pozostał niejasny. Chory twierdził, że raz w nocy miał krwawe wymioty, co pozornie nie odpowiadało całemu obrazowi chorobowemu i jako objaw niepewny i nieskontrolowany zostało pominięte w rozpoznaniu.

W 15 dniu choroby po przepłukaniu kiszki razem ze stolcem odszedł długi na 60 cm strzęp tkanki zgorzelinowej, niewątpliwie odcinek jelita cienkiego. W połowie preparatu zachowana była w zupełności ciągłość ściany jelita ze strzępami krezki, reszta miejscami poszarpana. Po rozłożeniu i wyprostowaniu zawiniętych brzegów widać wyraźnie budowę ściany jelita, fałdy śluzówki i kępki chłonne na całej przestrzeni. Od tej chwili ustąpiły wszystkie objawy. Nie ulegało wątpliwości, że chodziło o samoistne oddzielenie wgłobionego jelita. Chłopak pozostawał w szpitalu do 24 dnia choroby na diecie półpłynnej, potem czując się zupełnie dobrze opuścił oddział. W 31 dniu od początku choroby wystąpił nagły ból brzucha, wymioty, zaparcie stolca i wiatrów. Chory przywieziony został na oddział w dniu następnym w stanie bardzo ciężkim z rozlanem zapaleniem otrzewnej. Ograniczono się do nacięcia powłok brzusznych i sączkowania jamy otrzewnowej, z której wylewał się płyn ropny z domieszką kału. Chory zmarł po kilku godzinach t. j. w 33 dniu choroby.

Protokół sekcji (Dr. S c h u s t e r ó w n a) (Nr. 883/31) wykazuje: otrzewna jelitowa i ścienna przekrwiona, zmętniała, pokryta obfitym wysiękiem włóknikowo-ropnym. Jelita rozdęte; szczególnie wybitnie rozdęta górna część jelita czczego. Poniżej tego rozszerzenia 100 cm od dwunastnicy jest widoczne pierścieniowate zwężenie. W tem miejscu blisko przyczepu krezki widać otwór okrągły wielkości soczewicy, drążący przez ścianę jelita. Na rozkroju jelita (ryc. 2) stwierdza się w miejscu zwężenia pomiędzy fałdami błony śluzowej wąskie pasemko białej tkanki bliznowatej, biegnące okrężnie. Blizna ta w okolicy przyczepu krezki rozszerza się nieco i cieńczeje. W tem miejscu powstał otwór do jamy otrzewnowej. Długość blizny zwężającej światło wynosi 4 cm.



Ryc. 1.



Ryc. 2.

W rozszerzonym odcinku doprowadzającym widać przerost błony śluzowej i dość głęboki uchyłek, którego dolna granica sięga blizny. Otrzewna w okolicy zwężenia i uchyłku okazuje zrosty, w krezce mieści się pakiet powiększonych gruczołów.

Skrawki z okolicy blizny wykazują pod mikroskopem znaczne ścieńczenie ściany jelita. Wytworzona jest ona tutaj z cienkiej warstwy tkanki łącznej, której włókna przebiegają w różnych kierunkach, a nazewnątrz zlewają się w jedną całość z otrzewną. Wśród włókien tkankołącznowych nieco nacieków zapalnych. Od strony światła jelita pasmo tkanki bliznowatej jest pokryte przez warstwę bardzo cienkiej i słabo rozwiniętej błony śluzowej o niskich kosmkach, których nabłonki są przeważnie złuszczone. Brzegi błony śluzowej powyżej i poniżej blizny są zawinięte wgłąb i częściowo bliznę nakrywają. W skrawkach z brzegu otworu widać tylko nader cienkie pasmo tkanki bliznowatej obrzękłej z obfitemi naciekami zapalnemi.

Przypadek II. Mężczyzna lat 59, przywieziony do szpitala w stanie bardzo ciężkim z rozlanem zapaleniem otrzewnej. Zachorował nagle dzień przedtem wśród gwałtownych bólów brzucha z wymiotami i biegunką. Bliższych szczegółów nie udało się od chorego wydobyć. Śmierć w dniu następnym.

Protokół sekcji (Prof. Dr. W. N o w i c k i Nr, 932/26) stwierdza: w jamie brzusznej płyn surowiczo ropny zmieszany z kałem. Na otrzewnej są naloty włóknikowo ropne, wybroczynki i mniejsze przekrwienia oraz kruche zrosty między siecią wielką a otrzewną ścienną podbrzusza. W miednicy małej znajduje się kilka pętli jelita cienkiego, połączonych ze sobą kruchemi zrostami. Wśród nich pętla jelita czczego w odległości 175 cm od zgięcia dwunastniczo-jelitowego jest pokręcona na przestrzeni około 15 cm, miernie rozszerzona, sina, obrzękła. Stwierdza się w niej na całym obwodzie okrężną bliznę, obejmującą wszystkie warstwy ściany jelita. Powyżej blizny ściana jelita jest zgrubiała, mięśniówka przerosła w niewielkim stopniu, światło zaś jest nieco rozszerzone. Na rozkroju tego odcinka (ryc. 1) stwierdza się: w przebiegu blizny na przestrzeni 1.5 cm błona śluzowa jelita rozstępuje się i wykazuje brzegi martwicze; martwica drąży przez dalsze warstwy jelita wgłąb, dając przebicie do okolicy wyżej wspomnianych zrostów. Długość całego jelita cienkiego wynosi 405 cm. Wobec wykluczenia zabiegu operacyjnego (brak blizny polaparotomijnej), rozszerzenia jelita czczego powyżej owej blizny i przerostu mięśniówki tegoż jelita należy przyjąć, że istniało tu wgłobienie i jego następowe samoistne wyleczenie przez oddzielenie się i wydalenie części wgłobionej. W miejscu oddzielenia wytworzył się świeży zrost. Na małej przestrzeni zaszło przeciągające się ropienie i wkońcu przebicie ściany jelita. Blizna łącząca oba odcinki jelita przedstawia pod drobnowidem młodą tkankę łączną, częściowo jeszcze ziarninową, pokrytą cienką warstwą słabo wykształconej błony śluzowej. W skrawkach tkanki z brzegu otworu widać znaczny obrzęk i obfite nacieki zapalne, składające się z komórek okrągłych i leukocytów wielojądrzastych.

Podobne przypadki opisywane są bardzo rzadko w nowem piśmiennictwie. Badania C i e c h a n o w s k i e g o, C h i a r i e g o, S e l l i i innych wskazują na samoistne oddzielenie się wgłobienia w życiu płodowem jako jeden z powodów wrodzonego zamknięcia jelita. Według L u d l o f f a (1898) zebrał B r a u e r z piśmiennictwa 23 przypadków samoistnego oddzielenia się wgłobienia, w tem 3 skończyły się śmiercią.

S c h r a m m (1910) przedstawiając dziecko po samoistnem oddzieleniu wgłobienia kiszki grubej, oblicza tego rodzaju zejścia na 6%wgłobień. Chirurgja dzisiejsza zarzuciła dawne sposoby zachowawczego leczenia wgłobienia. Stosowanie wlewań wysokich do odbytnicy, nadmuchiwanie kiszki powietrzem dopuszcza tylko drogą próby przed zabiegiem krwawym. Zabieg wczesny nawet u oseskόw, mimo wielkiej tu śmiertelności okazał się metodą postępowania najpewniejszą i najbezpieczniejszą. W sprawie tej stale ukazują się prace w piśmiennictwie wszystkich krajów dochodzące naogół do zgodnych wniosków. Samoistne oddzielenie wgłobienia może się zdarzyć tylko wyjątkowo w przypadkach przebiegających od początku łagodnie i nierozpoznanych jako wgłobienie.

Tak np. znany jest przypadek, kiedy to matka zgłosiła się z dzieckiem cierpiącem rzekomo na tasiemca. Takiego wydalonego tasiemca przyniosła do lekarza, który stwierdził wydalony martwiak jelita.

Groźne powikłania po oddzieleniu się wgłobienia wskazują na konieczność zabiegu operacyjnego, mimo wyniku tak pozornie szczęśliwego. Wkrótce po oddzieleniu się wgłobienia warunki operacyjne są najkorzystniejsze, jak to wykazuje wybitna kliniczna poprawa w przypadku I. Jelita opróżniają się dobrze. Świeża blizna nie zdołała się jeszcze zaciągnąć i wywołać możliwego w przyszłości zwężenia. Odcinki poniżej i powyżej blizny wracają naogół do stanu prawidłowego. Wprawdzie zabieg przy świeżych jeszcze naciekach zapalnych ewentualnie nawet małych ropniach w ścianie jelita i krezce może wydawać się ryzykowny, ale właśnie te ogniska stanowią o potrzebie operacji. W naszym przypadku I. przebicie do wolnej jamy otrzewnowej nastąpiło w 16 dniu po wydaleniu martwiaka. Ponieważ martwiak może zalegać w kiszkach nawet kilkadziesiąt godzin, sądzimy, że zabieg powinien nastąpić najpóźniej w kilka dni po stwierdzeniu oddzielenia wgłobienia.

Operacja może polegać tylko na wycięciu odcinka jelita powyżej i poniżej blizny. Ograniczenie się do obejścia spodziewanego zwężenia przez zespolenie jelitowe wydaje się na podstawie naszych przypadków sekcyjnych nielogiczne. W przypadku II. mieściły się w bliźnie ogniska martwicze i ropne. Mogły one doprowadzić do przebicia ściany jelita i bez udziału mechanicznego nacisku zalegającej treści mimo dobrego działania ewentualnego zespolenia. Zresztą po każdej cięższej laparotomji następuje krócej lub dłużej trwające wzdęcie i właśnie wtedy może nastąpić przebicie. W przypadku I. znaleziono ropień otorbiony w okolicy blizny, który był pozostałością po procesach oddzielania się wgłobienia albo też był wynikiem początkowego przebicia jelita do zrostów otaczających, w każdym razie stał się punktem wyjścia rozlanego zapalenia otrzewnej. Cała więc okolica blizny wraz z naciekami w krezce i otoczeniu powinna być usunięta przy zabiegu, co może nastąpić tylko przy operacji doszczętnej.

Za zabiegiem doszczętnym przemawia też obserwacja Beckera, który opisuje przebicie jelita o mechanizmie innym niż w naszych przypadkach. Chorego operowano z powodu ostrego zapalenia otrzewnej, wycięto obrzękły i nacieczony końcowy odcinek krętnicy z okrężną blizną i przebiciem i wykonano zespolenie kikuta jelita cienkiego z poprzecznicą. W tem miejscu natrafiono na martwiak jelita, co naprowadziło na rozpoznanie samoistnego oddzielenia wgłobienia. Preparat operacyjny wykazuje bliznowate zwężenie, a powyżej wzdłuż przyczepu krezki na przestrzeni około 20 cm ubytki nabłonka śluzówki, ponadto 4 otwory drążące przez ścianę jelita. B. tłumaczy te zmiany zaburzeniami w krążeniu i mechanicznem pociąganiem przez wgłobioną krezkę, najsilniejszem u jej przyczepu na pętli bezpośrednio wyższej.

Przekonani jesteśmy na podstawie badania pośmiertnego naszego przyp. I, że i tu zabieg doszczętny był jedynie wskazany i byłby uratował najprawdopodobniej życie chorego.

Rozważania powyższe skłaniają nas do kilku uwag w sprawie wycinania wgłobienia bez usuwania odcinka zewnętrznego. Oczywiście sposoby te są możliwe do zastosowania tylko przy zdrowej pochwie wgłobienia. Metody operacyjne zachowujące szyję wgłobienia kryją w sobie wszystkie niebezpieczeństwa związane z samoistnem oddzieleniem odcinka wewnętrznego: są bowiem naśladownictwem tego naturalnego procesu z jego wadami. Ponadto stwarzają one punkt wyjścia dla nowego wgłobienia. Nie wiem, czy takie powikłanie pooperacyjne zostało opisane, ale możliwość jego jest oczywista w przypadkach, gdzie pozostała krezka jest jeszcze dość długa.

R y d y g i e r opisał w r. 1895 swój sposób wycinania wgłobienia. Zabieg kształtuje się następująco: obszycie szyi szwem Lemberta, nacięcie odcinka zewnętrznego, amputacja odcinka wgłobionego, zeszycie kilkoma szwami kikutów rur wewnętrznych z równoczesnem podwiązaniem krezki, wydobycie odciętego jelita i zeszycie cięcia w rurze zewnętrznej. W razie obecności podejrzanych o złe ukrwienie ognisk w ścianie odcinka doprowadzającego radzi Rydygier sztucznie wgłobić jeszcze dalej i wtedy założyć szew Lemberta w miejscu zupełnie zdrowem. Słusznie podnosi D o b r u c k i, że sposób ten nie wyklucza okrężnego zwężenia w szyi, gdyż blizna obejmuje tu podwójną grubość ściany jelita i gruby kikut krezki. Ujemną tę stronę posiadają wszystkie inne metody opierające się na tej samej zasadzie (B a r k e r, P a u l, M a u n s e l l) nie mówiąc już o niebezpiecznem z punktu widzenia aseptyki otwieraniu kiszki i wyciąganiu wgłobienia.

Zabieg, który ma doprowadzić do zupełnego wyleczenia wgłobienia i uniknąć opisanych powikłań powinien obejmować usunięcie szyi wgłobienia. Najbardziej doszczętne i najczęściej używane jest wycięcie w całości wgłobienia w granicach zdrowych. Jeżeli odcinek zewnętrzny okazuje ogniska zgorzelinowe, jest to jedyne możliwe wyjście. Przy rozległych wgłobieniach wycięcie doszczętne jest zabiegiem bardzo dużym i ciężkim i pozbawia chorego wielkiej części jelita. Gdy szczyt wgłobienia schodzi do miednicy małej, całkowitego wycięcia w ścisłem znaczeniu wogóle nie można wykonać.

Dla tych wypadków trzeba się ograniczyć do wycięcia szyi. Najlepszą wydaje nam się metoda podana przez L e s z c z y ń s k i e g o i opracowana przez O d e r f e l d a, którą pokrótce powtarzamy.

O. wycina całą szyję z krezką i początkiem wgłobienia; jelito wgłobione wpuszcza do odcinka odprowadzającego i zespala w zdrowem otrzymane kikuty. W ten sposób odpada brudna manipulacja z otwieraniem kiszki i wyciąganiem wgłobienia. Zostaje też usunięty odcinek jelita i krezki, który według doświadczeń innych i naszych świeżych badań jest zawsze podejrzany i może się stać punktem wyjścia groźnych powikłań.

W n i o s k i: 1) Wgłobienie należy operować zawsze nawet w razie samoistnego oddzielenia odcinka wewnętrznego i wtedy wykonać zabieg doszczętny.

2) Jeżeli wycięcie całkowite wgłobienia jest niewskazane lub niewykonalne można się ograniczyć do wycięcia szyi wraz z krezką; amputowany odcinek wewnętrzny pozostawić wydaleniu *per vias naturales*.

Piśmiennictwo:

Becker: Bruns Beitr. 1924. Bd. 132. — Ciechanowski i Gliński: Przegląd Lekarski 1903, R. XLII. (Virch. Arch. 1909. Bd. 196). — Dobrucki: Przegląd chir. i ginek. 1913. T. IX. — Eiselsberg: Arch. f. klin. Chir. B. 69. — Leszczyński: Pam. II. zj. chir. pol. 1891. — Ludlof: Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. 1898. Bd. III. — Oderfeld: Medycyna 1899. — Rydygier: Medycyna 1895. — Schramm: Tyg. Lek. 1910. Nr. 45. — Sella: Zieglers Beitr. z. path. Anat. 1912, Bd. 53.

SPRAWOZDANIA I KORESPONDENCJE.

Kilka słów o Krynicy.

Bywalcy Krynicy w sezonie tegorocznym z zadowoleniem stwierdzili nowość przy wydawaniu wody zdroju głównego i przy ujęciu Słotwinki. Ustało niehigjeniczne czerpanie wód konewczkami. Natomiast wprowadzono przy zdroju głównym tłoczenie wody do kurków, z których goście zdrojowi pobierają wodę wprost do swoich szklanek, zupełnie bez zetknięcia z wodą rąk ludzkich i obcych naczyń. Źródło Słotwinki ujęto hermetycznie i dostarcza się wody również przez tłoczenie do kurków. Jeszcze zdrój Jana czeka na podobne urządzenie.

Czystość na deptaku i chodniki są bez zarzutu; stwierdzam jednak, że dorożki i samochody zbyt często pojawiały się na deptaku. Łazienki nowe funkcjonują dobrze; jedynie przeciągi w poczekalniach i na kurytarzach stanowią przykrość dla gości. Hotel zakładowy, którego budowę rozpoczęto przed pięciu laty, jest pod dachem, ale do wykończenia jeszcze daleko. Tempo robót obecnie bardzo powolne: tylko uważny spostrzegacz zauważy, że wstawia się okna i drzwi. A przecie ciasnota deptaku w okolicy Zamku, Topoli, Trąbki i Białego Orła i szpetota tych domów głośno krzyczy o pośpiech. Kryzys powszechny i tu daje się we znaki. Dobrze poinformowani twierdzą, że dochody Krynicy starczyłyby na rychłe wykończenie hotelu zakładowego, a nawet na coś więcej; niestety Krynica pokrywać musi niedobory innych działów budżetu.

Park obok zdrojów i łazienek, stanowi poważny tytuł do zasłużonej sławy Krynicy. Byłoby wskazane ustawienie większej liczby ławeczek w dalszych wzgl. wyższych partjach parku. Podobnie w ul. Lipowej za stadjonem przydałoby się parę ławeczek.

Wspomniałem o czystości deptaku. Odnosi się to wogóle do centrum zakładu. Natomiast goście mieszkający nieco dalej nie doznają tej samej opieki, jakkolwiek opłacają te same taksy zdrojowe. Czystość pozostawia tu niejedno do życzenia. Podobnie jest z polewaniem ulic: ulicy Jasnej np. nigdy się nie polewa, to też w dni posuszne samochody wzniecają tu takie masy pyłu, że oddychać trudno. Wstęp do niektórych will (Zośka) jest bardzo uciążliwy, bo na jedynej doprowadzającej drodze szuter nie jest przywalcowany.

Na szczególną uwagę zasługuje potok Kryniczanka. Potok ten powinien być ozdobą Krynicy i wygodną linją komunikacyjną. Tymczasem zanieczyszczenie Kryniczanki (od Słotwin do mostu murowanego) wodorostami i najrozmaitszemi odpadkami gospodarczemi obrzydza gościom przebywanie nad potokiem; ścieżka wzdłuż potoku prowadząca jest nierówna, przerywana, często zanieczyszczona. Otóż potrzeba wzdłuż Kryniczanki, po obu jej stronach, zbudować porządne chodniki, co najmniej na przestrzeni od Słotwin do szkoły. Droga w ten sposób powstała, jako krótsza i spokojniejsza, służyłaby wygodzie publiczności zamieszkałej nieco dalej od zdrojów i odciążyłaby przeładowany dzisiaj deptak.

Sprawa wody zwykłej domaga się uregulowania. Wodociąg zakładowy dostarcza wprawdzie takiej wody, ale nie wszędzie i podobno nie w dostatecznej ilości. To też szczególnie na peryferjach zdrojowiska używa się wody ze studzien, podejrzanych pod względem higienicznym. Niebezpieczeństwa związane z tym stanem rzeczy powinny być uchylone jak najrychlej.

Dalej podnoszę zadymienie niektórych okolic Krynicy. Szczególnie piekarnie grzeszą pod tym względem. Piekarnia „Zdrowie" daje się we znaki gmachowi „Lwigród', piekarnia przy willi „Luks" okolicznym mieszkańcom. To tylko przykłady; Zarządowi zapewne znane są też inne źródła dymu. Środki zapobiegawcze powinny znaleść władze przemysłowe i budowlane.

Niesłychanie ciasno jest przy zdrojach, szczególnie w niektórych porach dnia i w czas słotny. Przypuszczam, że możliwe byłoby opanowanie tutaj ruchu przez wprowadzenie jakiegoś obowiązkowego krążenia osób pijących wody; skargi na krępowanie swobody gości, któreby po wprowadzeniu takiego ładu niewątpliwie się pojawiły, nie powinny powstrzymać zarządu od meljoracji stanu dzisiejszego, który dla bardzo wielu gości Krynicy jest nieznośny i szkodliwy. Na wypadek słoty i konieczności odbywania przepisanych spacerów pod dachem niezbędnie potrzebny jest przy zdrojach znacznie dłuższy chodnik kryty, aniżeli istniejący. Przedłużenie dzisiejszej „pijalni" w kierunku starych łazienek nie byłoby może zbyt trudne, a byłoby także możliwe w przeciwnym kierunku, gdyby się zdecydowano na usunięcie pawilonu dla muzyki, obecnie wcale nieszczególnie sytuowanego. Miejsce dla muzyki odpowiednie znalazłoby się tam, gdzie obecnie jest wodotrysk; taka zmiana, przyczyniłaby się także do odprowadzenia części ruchu z przestrzeni, na której tłoczą się obecnie goście kąpielowi.

Czytelnia w domu zdrojowym bywa w pełni sezonu przepełniona, i także tutaj przeciągi dają się gościom bardzo we znaki. Zmiana tych stosunków niezbędna.

Niedostatecznie funkcjonują kasy kąpielowe, biuro meldunkowe i t. p.: wszędzie ogonki, wszędzie zdenerwowani chorzy. Ze względu na tych chorych konieczne jest usunięcie wspomnianych niedomagań. Także w interesie chorych leczących się w Krynicy musi się od wszelakiej służby wymagać wyszukanej uprzejmości, dla wszystkich bez wyjątku jednakiej; zapewne, przeważna większość służby, gdziekolwiek ona się styka z gośćmi, odpowiada temu żądaniu, tem więcej jednak rażą jednostki nietaktowne lub złośliwe. Jeszcze więcej uprzejmości oczekują słusznie goście Krynicy od t. zw. organów kontrolnych rekrutujących się z inteligencji.

Zagadnieniem kapitalnem dla Krynicy jest pogodzenie kierunku leczniczego zdrojowiska z kierunkiem zabawowym. Niewątpliwie bowiem oba te kierunki istnieją obok siebie, a są sobie przeciwne. Z jednej strony przybywa do Krynicy znaczna liczba osób dla leczenia, często z cierpieniami sercowemi, a jeszcze częściej z wyczerpaniem nerwowem; tacy chorzy, u których kąpiele mineralne i powietrze krynickie działają cuda, potrzebują bezwarunkowo spokoju we dnie i w nocy. Równie liczni zapewne są goście, którzy przybywają do zdrojowiska dla zabawy; tym sprzyja żywy i hałaśliwy ruch samochodów, miłe są dancingi i głośne rozmowy na ulicach po nocy. Nad rzeczą tą Zarząd zdrojowiska powinien się poważnie zastanowić i wprowadzić pewne normy i ostre rygory, które w razie przekroczeń powinny być bezwzględnie stosowane.

Z braków, które zauważyłem, podniosę tylko dwa najważniejsze. W czasie kilkunastodniowego pobytu mojego w małym pensjonacie zaszła wśród osób zamieszkałych w tym domu dwukrotnie potrzeba umieszczenia chorego w szpitalu. Raz z powodu ostrej niedomogi serca, drugi raz z powodu przekrwienia mózgu; w obu przypadkach osoba chora musiała przebyć przez kilka dni w łóżku w małym strychowym pokoiku, zupełnie nieodpowiednim dla takich chorych — musiała, bo innego pomieszczenia nie było. A przypadki ostrej *appendicitis* albo uwięzgnięcia przepukliny, czy powinny być przewożone do wykonania potrzebnych zabiegów do odległego szpitala? Utworzenie małego, doskonale urządzonego szpitalika pod kierownictwem odpowiedniego lekarza jest nieodzowną koniecznością.

Skargi na brak w Krynicy kąpieli na otwartem powietrzu nie należą do rzadkości. Wpływ hartujący na ustrój, jaki wywiera klimat Krynicy, byłby znacznie wzmożony, gdyby goście mieli sposobność używania kąpieli chłodnej na otwartem powietrzu. Podobno istnieje możność założenia większego basenu w górnym biegu potoczka wpadającego do Kryniczanki w pobliżu ochronki; mniej nadawałaby się do tego Kryniczanka na wysokości parku Słotwińskiego, z powodu pyłu wzniecanego w tej okolicy przez samochody.

Artykulik ten, podyktowany szczerą chęcią służenia dobru Krynicy, nie wyczerpuje wszystkich spraw nasuwających się gościowi krynickiemu. Być może, że ktoś z czytelników zechce dodać swoje uwagi. Będę za nie prawdziwie wdzięczny.

Wielka Krynica wymaga wielkiego wysiłku czynników zarządzających, które swoją opieką powinny objąć całą Krynicę.

A. Kuhn (Lwów).

MEDYCYNA SPOŁECZNA.

Ministerstwo Opieki Społecznej.

Warszawa, dnia 6 sierpnia 1932 r.

Okólnik Nr. 28.

Do Panów Wojewodów (wszystkich) i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy.

W związku ze zbliżającym się okresem większego nasilenia chorób zakaźnych przewodu pokarmowego (dur brzuszny, czerwonka) zwracam uwagę Pana Wojewody (Pana Komisarza) na

konieczność wzmocnienia w najbliższym czasie nadzoru nad stanem sanitarno-porządkowym osiedli, ze szczególnem uwzględnieniem wytwórni i miejsc sprzedaży artykułów żywności, zaopatrywania ludności w dobrą wodę do picia i należytego usuwania nieczystości. Proszę przeto o położenie jak największego nacisku na organizowanie doraźnych inspekcyj sanitarno-porządkowych przez władze administracji ogólnej i samorządowe celem stwierdzenia istniejących braków i pouczenia ludności o sposobach usunięcia tych braków. Wymierzanie kary grzywny i kierowanie spraw do sądów, ze względu na obecne ciężkie warunki gospodarcze, winny być stosowane tylko w przypadkach, kiedy przy inspekcji stwierdzono opór lub złą wolę ze strony obywatela.

Dr. S. Hubicki, Minister.

Ministerstwo Opieki Społecznej.

Warszawa, dnia 6 sierpnia 1932 r.

Okólnik Nr. 29.

Do Panów Wojewodów (wszystkich) i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy.

Panująca obecnie ciepła pora roku sprzyja szerzeniu się całego szeregu chorób zakaźnych, a rozpowszechnianie się tych chorób jest jeszcze ułatwione przez wzmożone przenoszenie się ludności z miejsca na miejsce, właściwe dla tej pory roku. Proszę przeto Pana Wojewodę (Pana Komisarza) o wydanie zarządzeń, by podlegli mu lekarze powiatowi szczególną uwagę zwracali na stan sanitarny budynków publicznych, obsługujących linje komunikacyjne, jako też na otoczenie tych budynków. W tym celu przy każdej sposobności należy dokonywać inspekcji sanitarno-porządkowej dworców kolejowych i innych budynków stacyjnych, przeznaczonych do użytku publiczności, dworców autobusowych, przystani i zabudowań portów lotniczych. Poza stanem samym zabudowań i ich otoczenia zwracać należy pilną uwagę również na urządzenia wewnętrzne (zaopatrywanie w wodę do użytku wewnętrznego i do celów gospodarczych, usuwanie nieczystości, bufety, restauracje i t. p.).

W razie stwierdzenia złego stanu sanitarno-porządkowego winno Starostwo, jako władza sanitarna, wydać niezbędne zarządzenia we własnym zakresie, bądź też w razie potrzeby skierować na drogę właściwego postępowania.

Dr. S. Hubicki, Minister.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Medycyna Doświadczalna i Społeczna, Tom XV, zeszyt 1—2, z roku 1932: J. Glass: Luźne badania nad poziomem i rozmieszczeniem chloru we krwi. — H. Rasolt i J. Walawski: Zachowanie się serca po porażeniu układu współczulnego synergenem. — J. Seydel: O szczepach pałeczek okrężnicy niezakwaszających cukru mlecznego. — Z. Judowicz: Spostrzeżenia nad drobnoustrojami tlenowemi rozkładającemi błonnik. — Z. Bohdanowiczówna i A. Ławrynowicz: Znaczenie zmienności drobnoustrojowej w diagnostyce epidemjologicznej duru brzusznego. — B. Szabuniewicz: Nowe zasady elektrofizjologji mięśni. — T. Janiszewski: Z zagadnień ludnościowych.

Wiadomości Weterynaryjne, rok XIV, lipiec 1932, tom XI, Nr. 144: W. Sarnowiec: Badania nad wartością odpornościową przeciwpomorowej krwi odwłóknionej w porównaniu do surowicy u trzody.

Medycyna Praktyczna, rok VI, zeszyt 7, z roku 1932: M. Staroniewicz: Jamy w gruźlicy płuc (c. d.). — L. Korczyński: Klimat górski (c. d.). — M. Mikołajewska: W sprawie rozpoznania ciąży pozamacicznej.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie, rok IX, nr. 31—32, z 11 sierpnia 1932: N. Zandowa: O objawach nerwowych w gruźlicy utajonej oraz o t. zw. reumatyzmie gruźliczym. — P. Baumritter i H. Kapłanowa: Badania nad przemianą wodną i chlorową cukrzycy dziecięcej. — A. Landau i W. Heyman: Studja kliniczne nad skazą krwotoczną (c. d.). — St. Kramsztyk: Z dziedziny schorzeń pozapiramidowych wieku niemowlęcego. — W. Zawadowski: Radjodiagnostyka układu wydzielania wewnętrznego (Streszcz. pogl. c. d.). — Br. Nowakowski i M. Boguszewska: Wąglik jako choroba zawodowa w Polsce.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Biologja.

Du danger des explications simplistes en biologie et en médicine. PIERRE MAURIAC. Presse Méd. 15. VI. 1932. Nr. 48.

W artykule pod powyższym tytułem rozważa prof. Pierre Mauriac niebezpieczeństwa zbyt prostego tłumaczenia zjawisk życiowych.

Istnieje pewna skłonność umysłu ludzkiego do uogólniania zjawisk spostrzeganych. Skłonność taka, którą Ryszard Avenarius nazywał ochroną umysłu *(Schutzform)* bywa często nadużywana, bądźto z pewnego rodzaju lenistwa, prowadzącego do ułatwienia sobie zadania, bądźto przez entuzjazm niedopuszczający krytyki, bądź wreszcie przez zasklepienie umysłu w obranej formie tłumaczenia.

Autor na przykładzie Claude Bernarda wykazuje, że uprzedzenie do pewnego rodzaju wytłumaczenia syntezy cukru w wątrobie nie pozwoliło temu zresztą najgenjalniejszemu fizjologowi poznać roli trzustki przy syntezie cukru, ani pogodzić się z myślą, że żyła wrotna może prowadzić krew zawierającą cukier. Myśl, że wątroba jest jedynem źródłem cukru oślepiła go do tego stopnia, że na tem jednem stanowisku pozostał, zamiast przypuścić możliwość współpracownictwa innych gruczołów i innych procesów. Do tej samej kategorji uprzedzeń należy znany upór E. Pflügera co do źródeł cukru w ustroju: długo nie dał się przekonać, że białko może być materjałem wytwarzającym glikogen w wątrobie.

Szczególniej ostatnie czasy dostarczają licznych przykładów tego pochopnego tłumaczenia i upraszczania. Kto pamięta z jakim bezkrytycznym zapałem przyjęto tłumaczenie zjawisk wydzielenia siłami osmozy, jak budowano formuły wydzielenia, oparte na stosunku punktów zamarzania krwi i moczu, ten zrozumie ową niepożądaną skłonność do uogólniania i utrzymywania bezkrytycznego teoryj lub hipotez.

Trzeba było długiego czasu dla trzeźwego ocenienia znaczenia, jakie ma azot pozabiałkowy, jakie ma cukier we krwi, dla zrozumienia, że objawy klinicznie nie są w prostym stosunku do jednego lub drugiego, że — co więcej — nie jedna tylko przyczyna do zjawisk tych prowadzi.

Co się stało z leczeniem bezchlorowem chorób nerkowych? Ileż to razy stosowano bezmyślnie przepisy Widala i Straussa, nie troszcząc się o logiczną podstawę tego schematycznego leczenia? I dziś jeszcze, pomimo otrzeźwienia nie brak pod tym względem przykładów. Rola chlorków w ustroju bynajmniej nie jest zrozumiała, i zatrzymanie chlorków bez obrzęków jest dowodem, że dogmat przyciągania wody przez chlorki nie zawsze stosować się daje.

Teorje anafilaksji, fermenty ochronne Abderhaldena, działanie insuliny, nauka o wydzieleniu wewnętrznem są przykładami, jak łatwo umysł ludzki ulega tej skłonności do uogólniania, jak chętnie wierzy w prostotę praw, które przecież są raczej zawikłane. Zapatrywania nasze na rolę nerwu współczulnego ulegają ciągłej zmianie i dalecy jesteśmy od naiwnego podziału na wago i sympatyko- toników. Trzeźwa krytyka zmieniła dużo w teorji prostego tłumaczenia bólów stenokardycznych, albo ataków dusznicy.

Autor nie bez humoru opisuje zmiany naszych poglądów na rolę drobnoustrojów. Może nigdzie tak jaskrawo nie przejawił się ten fanatyzm naukowy, co w tym dziale nauki. Pasteur w swoim sporze z Liebigiem nie dopuszczał możebności istnienia fermentów poza organizmem, tysiące uczonych zadawalniało się tłumaczeniem najprostszem objawów tak różnych i tak zawiłych, jakiemi odznaczają się choroby zakaźne. Liczba drobnoustrojów była miarą zdatności lub niezdatności wody do picia, ale nikt na jakość nie zwracał należytej uwagi, tem bardziej nie przewidywał rozmaitych okresów życia drobnoustrojów, pozwalających na zmianę formy, zdolność przenikania i t. p.

Zapewne, są zjawiska, których przewidzieć nie można ale pewien usprawiedliwiony sceptycyzm pozwala ich szukać albo się ich domyślać; a zbytnia ufność utrudnia takie badania. Niewątpliwie wszelka nowość budzi w niektórych nieufność, ale ci tem mniej zdolni są do poczynienia dalszych kroków w kierunku poznania istoty zjawisk.

Dlatego też autor przestrzega raczej przed tem bardzo rozpowszechnionem ułatwianiem sobie tłumaczenia, przed ślepem naśladownictwem, przed tem dążeniem w kierunku najmniejszego oporu i ułatwianiem badań, które łatwe nie są:

„Chorobą główną człowieka jest ciekawość rzeczy, których widzieć nie zdoła. I nie tyle mu szkodzi nieświadomość, ile ta niepotrzebna ciekawość".

Te słowa wielkiego sceptyka Pascala wymagają komentarza: dręczący niepokój popycha człowieka do wierzenia zjawie prawdy, którą sobie ze złudzeń zbudować usiłuje, pomijając to, co mu w złudzeniu tem przeszkadza.

W. Moraczewski (Lwów).

Wychowanie fizyczne a średnie ciśnienie. VAQUEZ i DE CHAISEMARTIN. La Presse médicale. 1932. Nr. 25.

Na zasadzie badania żołnierzy i oficerów w czasie zaprawy (trainingu) i poza tym czasem doszli autorowie do następujących wniosków: 1) stopień przyśpieszenia tętna po wysiłku (np. biegu 300 m) nie daje miary sprawności krążenia ani zaprawy. Co najwyżej opaźnianie się powrotu tętna do normy ponad 5 minut jest ostrzeżeniem, nakazującem zaprawę ostrożną, metodyczną i nadzorowaną, ale nie jest podstawą do eliminacji z ćwiczeń. 2) Nieprawidłowy wzrost ciśnienia ponad 150 mm jest oznaką podejrzaną, nakazującą zbadanie innemi jeszcze metodami. Poza tem jednak chwiejność ciśnienia po wysiłku nie jest sprawdzianem zaprawy; nie jest nim też czas powrotu ciśnienia do poziomu prawidłowego, aczkolwiek wogóle czas ten jest krótszy u należycie zaprawionych, niż u niezaprawionych. Spadek ciśnienia maksymalnego w 5 do 10 minut po wysiłku, nie może być uznany za objaw alarmujący. 3) Wzrost średniego ciśnienia ponad 110 mg Hg jest oznaką podejrzaną bez względu na wiek badanego i nakazuje zbadanie innemi metodami (radjoskopją) oraz wielką ostrożność w zaprawie, chociażby nie było żadnych innych zboczeń. To samo dotyczy nadmiernego spadku średniego ciśnienia, czyto 30 mm bezpośrednio po wysiłku, czy zwłaszcza 10 do 20 mm w minutach następnych bez względu na to, jaki był spadek ciśnienia maksymalnego. Jeszcze poważniejsze znaczenie ma zbyt powolny (3 do 5 minut) powrót średniego ciśnienia do normy. 4) Dobrą zaprawę cechuje natomiast prawie zupełna stałość średniego ciśnienia, kontrastująca ze zmiennością tętna i ciśnienia maksymalnego.

C. (Kraków).

Traité de physiologie normale et pathologique. Tome VI. Circulation. 592 stron, 280 ryc. Paris. Masson 1932. Cena opr. 110 fr. fr.

Jednym z podstawowych dla lekarza działów fizjologji jest nauka o krążeniu krwi; ostatnie lata i w tej dziedzinie przyniosły wiele zdobyczy i to zarówno w metodach badania (dość przypomnieć elektrokardjograf), jak i w teoretycznem objaśnieniu zjawisk (np. czynność i budowa naczyń włosowatych). Tom VI. „Fizjologji" obejmuje następujące rozdziały: Ogólne rozważania o krążeniu krwi (Pierre Mathieu); serce, fizjologja ogólna serca, unerwienie, fizjopatologja rytmu sercowego (H. Hermann); normalny i patologiczny elektrokardjogram (H. Frédericq); krążenie tętnicze i żylne (H. de Waele); ciśnienie krwi w tętnicach człowieka (Ph. Fabre); fizjologja naczyń włosowatych (Jean Demoor).

Sposób pisania jasny, liczne ilustracje, objaśniające tekst i zewnętrzna forma wydania ułatwiają czytanie tego dzieła.

W. Mozołowski (Lwów).

Patologja.

Wpływ nerwów serca, zwłaszcza odruchowej części sercowo-aortalnej i zatokowo-karotycznej na powstanie heterotopowych skurczów serca. D. DANIELOPOLU.

Aż do okresu badań autora sądzono, że odśrodkowe nerwy serca i odśrodkowe nerwy *sinus caroticus* składają się z włókien depresorycznych i że działają tylko na tłumiący układ serca i naczyń. I poglądy Heringa o skurczach heterotopowych pozostawały w zgodzie z tem wyłącznie parasympatycznem pojęciem odruchów serca i *sinus caroticus*. Hering powiedział: zamknięcie *carotis* wywołuje skurcze dodatkowe z powodu czynnościowego wyłączenia n. błędnego i następowego izolowanego działania n. współczulnego na ośrodki heterotopowe. Drażnienie *sinus* usuwa skurcze dodatkowe z powodu podrażnionego n. błędnego (wyłącznie). Doświadczenia autora wykazały, że sprawa inaczej się przedstawia. Drażnienie *sinus* może wywołać skurcze dodatkowe, gdy rytm jest normotropowy a może je usunąć gdy rytm jest heterotopowy. Zatem i czynnościowe wyłączenie *sinus* i jego podrażnienie mogą wywołać skurcze dodatkowe.

Wyjaśnienie tej sprawy opiera autor na trzech regułach: w pierwszym rzędzie spoczywa ono na *amfotropizmie* napięcia i odruchu *sinus caroticus* oraz refleksogennej części sercowo-aortalnej, który autor wykazał szeregiem doświadczeń. W drugim rzędzie na prawie *predominancji*, którą wykazał w czynności układu wegetatywnego. Wkońcu na jasnej regule, według której wpływ nerwów serca działa równocześnie na wszystkie ośrodki serca, intensywniej zaś działa na ten ośrodek, który w danej chwili kieruje skurczami serca.

Dawna nauka miała tę zaletę, że była prostsza, łatwo zrozumiała, lecz wyniki kliniczne oraz doświadczenia na psach przeczyły temu tłumaczeniu. Natomiast wyjaśnienie, wynikające z badań autora jest bezwzględnie bardziej złożone, trudniej zrozumiałe, lecz niema badania klinicznego lub doświadczenia na zwierzętach, któreby mogło przeczyć temu pojęciu lub nie mogło być w ten sposób wyjaśnione.

Odkrycie nerwu depresorycznego przez Cyona, tak piękne i wiele przyrzekające w patologji, w badaniu klinicznem do niczego nie doprowadziło, ponieważ fizjologowie przypuszczali, że serce zaopatrzone jest we włókna depresoryczne. Poglądy klinicystów były mylne, ponieważ opierały się na omyłce fizjologicznej. Podobny los oczekuje i twierdzenie, że nerw zatokowo-karotyczny jest nerwem wyłącznie depresorycznym. Pojęcie, według którego obie części refleksogenne są zaopatrzone jak we włókna depresoryczne, tak presoryczne, według którego i napięcie i wrażliwość obu tych części jest amfotropowe, przyczem *amphotropismus* przeważa w jednej grupie lub w grupie antagonistów, jest jedynem, którem można wytłumaczyć mechanizm powstania objawów patologicznych, — jest jedynem, które pozwala na wyciąganie wniosków leczniczych. I z punktu widzenia leczniczego jest nauka o odruchach amfotropowych, kierujących się prawami predominancji jedyną, która może wyświetlić tak zmienne działanie naparstnicy, adrenaliny i atropiny na serce.

Ungar (Lwów).

Mikrobiologja i serologja.

W sprawie szczepienia przeciw tyfusowi. A. LEMIERRE. Presse Méd. Nr. 18. 1932.

Jedną z przyczyn szerzenia się tyfusów w ostatnich latach autor upatruje w niedostatecznie przeprowadzanem szczepieniu ochronnem. Obecnie stosowane dwu- a nawet jednokrotne szczepienie nie może dać odporności, dlatego autor poleca wrócić do starej, wypróbowanej przed wojną i z początkiem wojny, metody, która polegała na 4-krotnych zastrzykach co dwa tygodnie, przyczem można zmniejszyć dawkę szczepionki i przez to osłabić reakcje poszczepienne.

Skowroński (Lwów).

Gruźlica jako ogólna infekcja. E. LÖWENSTEIN. Medizinische Klinik. 1931. Nr. 46.

Sposoby zakładania hodowli prątka Kocha uważa autor jako nadające się do celów klinicznych, porównując wyniki uzyskane temi sposobami z wynikami reakcji Wassermanna przy kile. Przypadki niezupełnie pewnej gruźlicy nadają się do wyświetlania przez posiewy krwi na specjalnych pożywkach.

Godłowski (Kraków).

Uodparnianie przeciw płonicy. C. O. STALLYBRASS. Med. Klin. 1931. Nr. 46.

Przez stosowanie próby Dicków i przez stosowanie szczepienia ochronnego toksyną Dicków, zwłaszcza w większych skupieniach dziecięcych można nietylko powstrzymać wystąpienie objawów płonicy, lecz zapobiec wybuchowi epidemji. Szczepienie młodych dzieci nie wywołuje cięższych objawów komplikujących, przeto tem chętniej powinniśmy szczepić, wiedząc, że płonica u dzieci młodych często przybiera bardzo ostrą formę. Niema niebezpieczeństwa w kombinowanem szczepieniu płoniczo-błoniczem. Nie można powiedzieć na pewno czy sztucznie uzyskana tym sposobem odporność trwa dość długo, by w ten sposób zapobiec nawrotowi epidemji.

Godłowski (Kraków).

Objawy u świnek morskich po zakażeniu prątkiem Calmette-Guérin'a. F. KLEIN. Bratisl. Lek. Listy. 1932. Z. 2.

Wyniki badań w instytucie anatomo-patologicznym prof. Lukeša w Bratysławie zbiera autor następująco:

Odczyn spermacytowy Longa wypadł u świnek morskich, zakażonych prątkiem Calmette-Guérin'a (B. C. G.) dojądrowo, dodatnio a to tak wczesny, jak i późny odczyn.

Odczyn spojówkowy dał wynik ujemny u świnek morskich, zakażonych drogą podskórną, dojądrową i dootrzewnową.

Również ujemnym był odczyn tuberkulinowy u świnek morskich, analogicznie zakażonych po dootrzewnowem podaniu 0.1 cm^3 starej tuberkuliny.

U świnek morskich zakażonych B. C. G. podskórnie i dojądrowo odczyn tuberkulinowy po dootrzewnowem podaniu 0.5 cm^3 starej tuberkuliny dał wynik ujemny. Natomiast u świnki morskiej, zakażonej dootrzewnowo, wypadł ten odczyn po podaniu 0.5 cm^3 A. T. dodatnio.

U świnek morskich, zakażonych B. C. G. drogą podskórną, dootrzewną i dojądrową 40% glicerynowy buljon w dawce 0.5 cm^3 po stosowaniu dootrzewnowem nie wywołał żadnych zmian.

U świnek w pierwszym pasażu nie wywołała tuberkulina ani też buljon glicerynowy doskórnie podane w dawce 0.1, żadnych zmian makroskopowych. Drobnowidowo widocznem było zapalenie nieswoiste. U świnek zakażonych szczepem B. C. G. dojądrowo, dootrzewnowo i domięśniowo nie wywołały ani tuberkulina ani buljon glicerynowy w dawce 0.1 cm^3 w ciągu 48 godzin makroskopowo żadnych zmian, zaś mikroskopowo miało miejsce zapalenie nieswoiste w miejscu odczynu.

U świnek uodparnianych drogą dootrzewnową wypadł odczyn tuberkulinowy po podaniu doskórnem tuberkuliny 0.1 cm^3 po 5 dniach u jednej świnki w postaci zapalenia granulacyjnego, zawierającego komórki epiteloidalne. Równa zaś dawka buljonu glicerynowego wywołała zapalenie nieswoiste. U drugiej świnki podskórnie podana tuberkulina dała wynik ujemny, wytworzony ropień uważał autor za następstwo zanieczyszczenia. Buljon glicerynowy nie wywołał odczynu.

U świnek zakażonych szczepem B. C. G. dootrzewnowo odczyn tuberkulinowy po doskórnem podaniu 0.1 cm^3 tuberkuliny wystąpił po 11 dniach w postaci zapalenia granulacyjnego ze znaczną ilością komórek epiteloidalnych a więc w postaci tkanki gruźliczej granulacyjnej. Stosowanie doskórne 0.1 cm^3 buljonu glicerynowego nie wywołało w jednym przypadku żadnych zmian, w drugim nieswoiste zapalenie granulacyjne.

Spojówkowe i dootrzewnowe stosowanie tuberkuliny dało u jednej nowonarodzonej świnki morskiej z uodparnianej matki wynik ujemny. Narządy były bez zmian patologicznych.

Ungar (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie.

Sprawozdanie z XVI. Posiedzenia naukowego dnia 13. maja 1932.

Przewodniczy: Kol. S. Ruff.

1) Odczytanie i przyjęcie protokółu poprzedniego posiedzenia.

2) Kol. Mączewski przedstawił chorą, u której przed rokiem wykonano *sztuczną pochwę ze skóry* — według rocznego doświadczenia — z doskonałym wynikiem.

3) Prof. Politechn. Nadolski (gość) wygłosił wykład: *Uruchomienie Państwowego Zakładu Zdrojowego w Szkle,* poczem omówił rozwój Krynicy, Buska, Ciechocinka od r. 1928.

4) Kol. Feller wygłosił wykład: *Wyniki leczenia w zakładzie leczn. Kasy Chor. w Szkle.* (Pol. Gaz. Lek. Nr. 32. 1932).

5) Kol. Karczyński wygłosił wykład: *Rola zdrojowisk, szczególnie Niemirowa, w akcji przeciwgośćcowej.* (Ukaże się drukiem).

6) Kol. Podsoński wygłosił wykład: *O wynikach leczniczych w Lubieniu Wielkim.*

Lubieńskie kąpiele siarczane leczą choroby stawów bez względu na etjologję (z wyłączeniem gruźlicy). Decyzja ważna, czy przypadek świeży, czy przewlekły. Przy świeżych należy odczekać stan gorączkowy i kontrolować szybkość opadania krwinek. Preleg. przestrzega przed zawczesnem przysyłaniem świeżych reumatyzmów do kąpiel. Przewlekłe przypadki wszystkie dają dobre rezultaty, nawet zesztywnienia. Wady zastawkowe serca skompensowane nie są przeciwwskazaniem.

W Lubieniu leczą się arterjosklerotycy, ludzie starzy 60 i 70-letni z dobremi rezultatami bez szkody dla serca, o ile mięsień sercowy jest sprawny. Naturalnie obserwacja w czasie leczenia jest konieczna.

U hipertoników w 80% przypadków przychodzi do obniżenia ciśnienia po kąpielach siarczanych i poprawa samopoczucia. Natomiast u hipotoników, osób młodych z niestałą równowagą nerwów roślinnych potrzebna jest obserwacja sumienna i ostrożne stosowanie kąpieli. U osób z osłabionym mięśniem sercowym stosuje się zabiegi miejscowe.

Zastosowanie zabiegów elektroterapeutycznych równocześnie z kąpielami daje dobre wyniki.

Znakomite rezultaty osiągano w leczeniu rwy kulszowej. Jednak przed przysłaniem do kąpiel należy zbadać dokładnie, czy *ischias* nie jest symptomatyczny (np. na tle nowotworu kręgów). Przy *diabetes mellitus* były bardzo dobre rezultaty.

Zdumiewająco dobre rezultaty widzi się po złamaniach i przy leczeniu starych, głębokich blizn np. po ranach postrzałowych.

Choroby kobiece i choroby pozapalne żył są wdzięcznem polem dla leczenia w Lubieniu. Słoniowacizna, żylaki, wrzody goleniowe leczą się dobrze.

Woda lubieńska działa kosmetycznie na skórę i stąd dobre rezultaty przy *psoriasis, ichtyosis, pruritus* i wypryskach suchych na tle dnawem.

Choroby przewlekłe górnych dróg oddechowych leczą się dobrze inhalacjami zimnemi z wody siarczanej.

Prelegent przestrzega przed równoczesnem stosowaniem kąpieli, wywołujących silną reakcję, i proteinoterapji, bo przy równoczesnej nieznanej reakcji po tych dwóch zabiegach zamiast wydobyć utajoną energję z organizmu, można wywołać efekt przeciwny, osłabiając organizm.

Woda ze źródła Adolfa została zbadana przez prof. Koskowskiego i doc. Dadleza (P. G. L. Nr. 23—24. 1932).

Tego roku wprowadzono w Lubieniu mieszanie borowiny sposobem maszynowym, co daje bardzo dobrą jednostajną borowinę. Są leżalnie dla mężczyzn i kobiet, gdzie chorzy zawinięci w koce przeprowadzają leczenie napitne, wodociąg ze znakomitą wodą do picia, zakład ogrzewany i oświetlony centralnie.

Wreszcie prelegent zwraca uwagę zakładów, że zakłady elektroterapeutyczne powinny być prowadzone przez lekarzy a nie przez pielęgniarki i przytacza przypadki kazuistyczne na dowód tego (Streszczenie własne).

W dyskusji nad powyższemi wykładami: Kol. Seidl: hipertonia nie stanowi przeciwwskazania do stosowania kąpieli, lecz trzeba stosować kąpiele odpowiednie (częściowe).

Kol. Pisek: kwestja reumatyzmu wymaga długiej dyskusji, której ze względu na brak czasu na dzisiejszem posiedzeniu przeprowadzić nie można. Prelegent stawia wniosek, aby Lwowskie Tow. Lek. łącznie z innemi Tow. Lek. wystosowało memorjał do Władz, ażeby te zwróciły uwagę na braki naszych zdrojowisk.

Kol. Jankowski J. omawia badania nad H-substancją, wpływ injekcyj histaminy na schorzenia reumatyczne, mechanizm korzystnego wpływu kąpieli siarczanych (niski poziom siarki we krwi w schorzeniach stawów), wreszcie zwraca uwagę na dysproporcję między cenami w zagranicznych i naszych zdrojowiskach a wygodami, jakie się otrzymuje.

Kol. Gąsiorowski jest zdania, że największą klęską naszych zdrojowisk jest brak dobrej wody do picia i brak urządzeń codziennego użytku.

Kol. Ziembicki wyraża radość z otwarcia zdrojowiska w Szkle i przestrzega — za kol. Podsońskim — przed równoczesnem stosowaniem kąpieli siarczanych i proteinoterapji.

Kol Tyszka podaje, że według jego obserwacji hipertonicy dobrze znoszą kąpiele, natomiast przestrzega przed wysyłaniem hipertoników w góry po kąpielach siarczanych.

Kol. Seidl rozszerza wniosek kol. Piseka: aby władze specjalnie zwróciły uwagę na dostarczenie zdrojowiskom dobrej wody do picia.

Kol. Majewski podkreśla doniosłość urządzenia osobnego propagandowego posiedzenia, poświęconego zdrojowiskom siarczanym. Ma wrażenie, że propaganda naszych zdrojowisk przez radjo, urządzona przez Depart. Służby Zdrowia w r. 1931, miała dodatnie wyniki. Na mających się otworzyć w roku obecnym w czerwcu Targach Wschodnich we Lwowie będzie osobny dział propagandowy naszych zdrojowisk. Ze swej strony zdrojowiska muszą się umiejętnie reklamować, między innemi gustownemi i przejrzystemi afiszami.

Kol. Lipski przedstawia zabiegi, jakie czyniono u Władz dla polepszenia stanu zdrowotnego naszych zdrojowisk.

Prof. Nadolski *w odpowiedzi:* wodę wodociągową w Krynicy kontroluje się stale. Jeżeli mimo to wydarzają się przypadki zakażenia, to wina leży w zamieszkiwaniu na peryferjach, gdzie doprowadzanie wody wodociągowej ani obecnie nie jest, ani po wybudowaniu zaprojektowanego większego wodociągu w Krynicy nie będzie możliwe. Za te odosobnione przypadki nie można winić zdrojowiska ani uogólniać wskazań względnie przeciwwskazań do wyjazdu. Wreszcie Prelegent motywuje konieczność budowy nowego domu zdrojowego w Krynicy przed budową nowego wodociągu.

Sprawozdanie z XVII. Posiedzenia naukowego dnia 20 maja 1932, które odbyło się w Sanat. Kasy Chorych, przy ul. Kurkowej 31.

Przewodniczy: Kol. S. Ruff.

1) Odczytanie i przyjęcie protokółu poprzedniego posiedzenia.

2) Kol. Prezes S. Ruff zawiadamia o nadeszłem zaproszeniu Senatu Akadem. i Rady Wydziału Humanist. U. J. K. na uroczystość dla uczczenia Goethego i prosi o wzięcie w niej udziału.

3) Kol. Zalewski przedstawił: a) przypadek *bardzo licznych* (12) *ropni skórnych po przebytej otitis media, mastoiditis, powikłanej zakrzepem w sinus sigmoideus.*

b) Przypadek po przebytej *otitis med.*, u którego mimo braku objawów ze strony wyrostka sutkowego, a *tylko na podstawie próby diatermicznej dodatniej wykonana antrotomja* stwierdziła zmiany ropne w wyrostku sutkowym.

W dyskusji Kol. Schramm podkreśla doniosłość próby diatermicznej Zalewskiego i podnosi niezwykle korzystne zejście licznych ropni w skórze.

4) Kol. Gruca przedstawił przypadek *torbieli skórzastej w miejscu dolnego płatu płuca lewego.*

W dyskusji: kol. Frank-Pittowa przedstawiła rentgenogramy i omówiła diagnostykę przypadku na podstawie badania rentgenowskiego.

Kol. Tomanek podał objawy kliniczne i wynik torakoskopji w przedstawionym przypadku.

Kol. Schramm: wyjęcie cysty dermoidalnej opłucnowej w danym przypadku z powodu zrostów niewskazane, jedynie wchodzi w rachubę wyskrobanie.

Kol. Pisek: rozpoznanie w przedstawionym przypadku schorzenia lewej opłucnej opiera się słusznie na wyniku prześwietlenia, badania płynu wysiękowego i wyniku badania drobnowidowego ściany tej niby torbieli. Mówca wyklucza torbiel (skórzak), wyklucza bąblowca, a rozpoznaje otorbiony wysięk *(exudatum pleuritic. chylosum saccatum). Ductus thoracicus* mniejszy, *dexter* ma swoje ujście do żyły bezimiennej prawej, odprowadzając chłonkę z prawej połowy klatki piersiowej i prawej strony szyi i głowy. Początki łączą się nieraz pobocznemi odgałęzieniami z głównym *ductus thoracicus*, tworząc jednak czasem w dalszym przebiegu siatkę wzdłuż całego nawet przebiegu. Tego rodzaju przypadek ogłosił przed pół wiekiem Teichmann. W muzeum anat. krakowskiem, zdaje mi się, znajdował się podobny preparat. Mówca sądzi, że mamy tu wylew chłonki z jednej takiej gałęzi bocznej, większej, nieprawidłowej, bądź torbielowato zmienionej, może urazowo pękniętej, z następowym wysiękiem do wolnej jamy opłucnowej. Bardzo przemawia za takiem tłumaczeniem drobnowidowe badanie ściany dwuwarstwowej, unaczynionej. Jeżeli tedy istnieje komunikacja (przetoka) pomiędzy *ductus thoracicus* a *cavum pleurae,* to z łatwością wytworzy się mleczno biały wysięk, zawierający obficie tłuszcz (1%). Po dodaniu ługu sodowego i wytrząśnięciu eterem znika mleczne zmętnienie. Ponadto jednak istnieją chłonkowate wysięki *(exudatum chyliforme)* zawierające stłuszczone leukocyty, śródbłonki, ewentualnie i komórki nowotworowe, podczas gdy w wysięku chłonkowym *(exudat. chylosum)* stwierdzamy nadmierną ilość wolnych kuleczek tłuszczowych, a mimo powtarzanych nakłuć prawie tę samą zawartość tłuszczu. I optyczne zachowanie się jest odmienne. Wysięki chłonkowate zawierają lipoidy podwójnie załamujące światło spolaryzowane. Zdarzają się jeszcze i inne niezwykłe powikłania: wyjątkowo długotrwały ropniak opłucnej przybiera wejrzenie mleczne z powodu znacznego stłuszczenia komórek ropnych. Omawiane różnice odnoszą się do wysięków opłucnowych, jakkolwiek dotyczą przeważnie jamy brzusznej *(ascites chylosus et chyliformis).* Przypadek *ascites chylosus* urazowy omawiał mówca przed kilkunastu laty w Tow. lek. Przedstawiony dziś przez preleg. przypadek należy najprawdopodobniej do grupy wysięków chłonkowych. (Streszcz. własne).

5) Kol. Gruca przedstawił chorych, u których wykonano *torakoplastykę* z powodu a) *ropnia płuc*, b) *jedno* i c) *dwustronnej gruźlicy z odmą po stronie nieoperowanej*, d) z powodu *rozstrzeni oskrzelowych*, e) *przewlekłego zapalenia płuc z następowemi rozstrzeniami oskrzeli* i f) *zapalenia opłucnej.*

W dyskusji: Kol. Tomanek podał objawy kliniczne przypadku e).

Kol. Tyszka podał szczegóły leczenia odmą przyp. b) i c), w którym naprzód były zmiany po lewej, odmy z powodu zrostów nie można było wykonać, na torakoplastykę chora się wtedy nie godziła, — przy powtórnem zgłoszeniu zmiany były obustronne, więc założono odmę po prawej a torakoplastykę wykonano po lewej.

6) Kol. Gruca przedstawił:

a) 4 przyp. *gruźlicy stawu biodrowego, wyleczone zesztywnieniem,*

b) 3 przypadki *gruźl. staw. biodr. wyleczone z uruchomieniem w stawie biodrowym,*

c) przyp. *zwichnięcia limbus artic. stawu biodr.* z następową płaską panewką,

d) przypadek *obustron. stopy szpotawej wyleczony plastyką stawu skokowego,*

e) przyp. *plastyki stawu kolan. z powodu ankylozy,*

f) przyp. *osteoma retrobulbare oculi sin. operowany,*

g) *rentgenogram osteoma retrobulbare* chorego jeszcze nieoperowanego,

h) omówił przyp. *scoliosis na tle krzywicy, wyleczony zesztywnieniem kręgosłupa przy pomocy żeber,*

i) przedstawił prepar. anatom. z przypadku *papilloma ventriculi.*

W dyskusji: Kol. Tomanek podał objawy kliniczne i omówił diagnostykę różniczkową przyp. i).

7) Kol. Onyszkiewicz: przedstawił przypadek:

a) *sarcoma calcanei,*

b) *osteomyelit., leczonej plombą gipsowo-jodoformową.*

W dyskusji: Kol. Selzer podnosi, jaki jest wpływ plomby na gojenie się jam w kościach.

Kol. Schramm jest zdania, że nie materjał, użyty do plombowania, jest ważny, lecz dokładne oczyszczenie jamy w kości.

Kol. Gruca ma wrażenie, że jednak gips pobudza gojenie się jam w kościach.

8) Kol. Gruca pokazał:

a) *2 modele łóżek*, własnego pomysłu, używanych zamiast stosownych dotychczas łóżek łamanych.

b) *Zmodyfikowaną przez siebie szynę.*

Sekretarz doroczny: *H. Długosz.*

Łódzkie Towarzystwo Lekarskie.

Protokół posiedzenia z dnia 13. stycznia 1932 roku.

Kol. Skalski wygłosił odczyt pod tytułem: „Ograniczenie środków oszałamiających na terenie międzynarodowym" (praca ukaże się w druku).

Protokół posiedzenia z dnia 20 stycznia 1932 roku.

1) Kol. Bender przedstawia chorą z *wadą tętnicy głównej*, mianowicie z *niedostatecznością zastawek.* Od dłuższego czasu chora cierpiała na bóle reumatyczne; leczenie było bez efektu. Przy badaniu serca stwierdzono, że jest ono niepowiększone, nieprzesuwalne, tętnice nierozszerzone; tętno o normalnem napięciu 60 na minutę. Wysłuchuje się szmer rozskurczowy w punkcie Erba — leżący; szmer nie przenosi się do II. międzyżebrza. Szmer aortalny bez cech wady aortalnej.

Roentgen: konfiguracja i wielkość serca normalna; lewa komora niepowiększona. Wassermann — dodatni.

Rozpoznanie różniczkowe: szmer może być czynnościowy, ale szmer rozkurczowy tego rodzaju należy do bardzo rzadkich (nie jest on szmerem Pawińskiego — Graham — Steela *in individuo luico).*

Przypadek zasługuje na uwagę z tego względu, że możemy mieć *insufficientia aortae* bez zmian w sercu, a charakteryzujący się szmerem rozkurczowym.

Wskazane jest leczenie przeciwkiłowe, nieenergiczne, w dawkach mniejszych.

W dyskusji — kol. Reicher podkreśla, że należy w każdym przypadku przed przystąpieniem do leczenia salwarsanem badać serce. Kol. Kryszek — zapytuje, jakie było ciśnienie w danym przypadku. Kol. Bender odpowiada, że ciśnienie wynosiło 160 — 170.

2) Kol. Szyfman przedstawia przypadek wodonercza obustronnego z przewagą po stronie lewej *(hydronephrosis ambilateralis praecipue sinistra).* Od dłuższego czasu — bóle w jamie brzusznej, zlokalizowane w różnych miejscach. W moczu brak zmian. W szpitalu — poza gastroptozą — ból w okolicy nerki lewej. Badanie urologiczne (kol. Pikielny) — spóźnione wydzielanie moczu po stronie lewej. Pyelografja wykazuje — wodonercze po stronie lewej większe, mniejsze po stronie prawej.

3) Kol. Kryszek przedstawia przypadek *wady mitralnej;* przypadek pospolity, ale zasługuje na uwagę ze względu na postępowanie lecznicze. Choruje na *insufficientia et stenosis mitralis* od 12 lat; był w szpitalu przed 6 laty, po raz drugi — przed 3 laty. Przez cały ten czas szereg dekompensacyj, jak krwotoki, przesięki,

obrzęki i t. d. Otrzymywał przez dłuższy czas dożylnie strofantynę z dobrym skutkiem, później *digitalis*. Od 2 lat otrzymuje naparstnicę odbytnicowo; leczy się sam: raz na tydzień, na dwa, bierze lewatywę z naparstnicy 1,5 — 160,0 w 6 godzin po lewatywie tętno dochodzi do 48 — 50. Sposób jest praktyczny, tani, ale nie spopularyzowany.

4) Kol. Dzierżyński pokazał fotografje szeregu rzadszych przypadków neurologicznych i omówił ich objawy kliniczne.

5) Kol. Kunicki — uzupełnił pokaz demonstracją dalszych przypadków neurologicznych i ich omówieniem.

Protokół posiedzenia z dnia 27 stycznia 1932 roku.

1) Kol. Bornstein wygłosił referat p. t.: *„Przyczynki do metod badawczych i leczniczych w chorobie Basedowa,*

a) *metoda interferometrji,*

b) *leczenie krwią zwierzęcą“* (praca ukaże się w druku).

W dyskusji: Kol. Klozenberg. Badacze po większej części odnoszą się sceptycznie do metody interferometrji. W psychjatrji metoda ta nie znalazła zastosowania. Kol. Frenkiel zapytał, czy chorzy leczeni krwią zwierzęcą w czasie kuracji spełniali swoją pracę normalną. Czy na podstawie badań interferometrji można stawiać wnioski prognostyczne co do przebiegu choroby. Metodę uważa za mało praktyczną z powodu zbytniego skomplikowania. Kol. Żurkowski poruszył stosunek przeciwciał do fermentów. Zapytał, dlaczego do leczenia używa się 2 rodzajów krwi. Kol. Fuks. Na klinice Hisa robiono próby leczenia tyreotoksykozy krwią zwierzęcą z wynikiem mniej pomyślnym, na klinice Orłowskiego otrzymano dobre wyniki. Kol. Dawidowicz wspomniał o innych metodach badawczych biologicznych, mniej skomplikowanych, stosowanych przy schorzeniach tarczycy. Kol. Kryszek przytoczył przypadek tyreotoksykozy leczony w Wiedniu, w przypadku tym zrobiono równolegle w 2 zakładach 2 badania krwi metodą interferometrji i otrzymano wyniki sprzeczne. Kol. Kocen: Różne wyniki, jakie otrzymywały poszczególne kliniki przy leczeniu krwią zwierzęcą zależą może od niejednakowo przeprowadzonych badań w kierunku czynnościowym narządów o wewn. wydzielaniu oraz na wago- i sympatykotonję. Kol. Bornstein. Pacjenci do zastrzyków krwi zwierzęcej byli przyjmowani na kilka dni do kliniki, poza tem pracowali normalnie. Pewne wnioski prognostyczne z metody interferometrji wyciągnąć można. Kwestja fermentów i przeciwciał nie jest jeszcze ostatecznie wyjaśnioną. Dwa gatunki krwi stosują celem uniknięcia anafilaksji. W przypadkach leczonych krwią były uprzednio wykonywane wszystkie próby w kierunku czynnościowym narządów o wewn. wydzielaniu oraz na sympatyko- i wagotonję.

Protokół posiedzenia z dnia 3 lutego 1932 roku.

Kol. Ściesiński wygłosił referat pod tyt.: *„Współczesne poglądy na ogólną patomorfologję gruźlicy“*.

Na wstępie omówił poglądy na zmiany elementarne, spotykane w gruźlicy, powołując się na prace Rauhego, Beitzkego, Huebschmanna, Arnolda, Schleussinga, Pagela, Aschoffa, Tendeloo'a, Töppicha. Przechodząc do zmian makroskopowych w gruźlicy przedstawił kol. S. krótko rozwój poglądów na zmiany morfologiczne poprzez Küssa, Ghona do podziału Rankego, poddając zkolei poszczególne okresy podziału Rankego krytycznemu rozpatrzeniu na zasadzie prac Pagela, Huebschmanna, Ghona, Aschoffa, Puhla, Nicola, Schürmanna, Tendeloo'a.

W dyskusji zabierał głos kol. Sterling.

Protokół posiedzenia z dnia 17 lutego 1932 roku.

1) Kol. Szyfman przedstawił chorą, u której rozpoznał: *względną niedomykalność zastawki tętnicy płucnej* w związku z włóknistą sprawą gruźliczą płatu górnego płuca lewego. Chora użala się na kaszel i krwioplucie. Przy badaniu stwierdza się przytłumienie nad i pod lewym obojczykiem; na miejscu przytłumienia wdech zaostrzony, wydech wydłużony i pojedyńcze trzeszczenia. Tętno przyśpieszone, miarowe. Granice serca prawidłowe. Osłuchowo: szmer rozkurczowy najwyraźniejszy w 3 lewem międzyżebrzu (punkt Erba) i nad tętnicą płucną; szmer o charakterze zmiennym, nasilający się po wysiłku fizycznym i w pozycji leżącej. Roentgen wykazuje: w lewym szczycie i lewej okolicy podobojczykowej liczne blade drobne cienie zagęszczenia. Od górnego bieguna wnęki biegną intensywne cienie ku okolicy podobojczykowej. Na łuku tętnicy płucnej — kilka zwapniałych powiększonych gruczołów. Serce wielkości i konfiguracji prawidłowej. Mamy więc w tym przypadku sprawę gruźliczą o charakterze przeważnie włóknistym górnego płatu płuca lewego, a objawy ze strony serca w postaci szmeru rozkurczowego nad tętnicą płucną i w punkcie Erba tłumaczyć sobie należy względną niedomykalnością zastawek tętnicy płucnej. Są to przypadki naogół rzadkie, dlatego zdaniem naszem zasługują na uwagę.

2) Kol. T. Załęski wygłosił odczyt pod tytułem: *„Współczesne poglądy na własności morfologiczne prątka gruźlicy“* (praca ukaże się w druku).

3) Kol. J. Żurkowski wygłosił odczyt pod tytułem: *„Współczesne poglądy na własności antygenowe prątka gruźlicy“* (praca ukaże się w druku).

Protokół posiedzenia z dnia 24 lutego 1932 roku.

1) Kol. Sonnenberg pokazał 3 chorych z *żółtaczką w przebiegu kiły*. Zdaniem kol. S. jest to okazja rzadka nietyle ze względu na ilość jednocześnie demonstrowanych chorych, ile ze względu na to, że każdy z tych chorych jest reprezentantem odrębnej kategorji tego powikłania w przebiegu kiły.

a) Pierwszy przypadek dotyczy 25 letniego mężczyzny, którego obserwował również kol. Heller. Chory przybył do szpitala św. Aleksandra w 8 tygodniu po wystąpieniu wrzodu pierwotnego z osutką plamistą, żółtaczką i wybitnym odczynem Wassermann'a. Ze względu na to, że wystąpienie żółtaczki w demonstrowanym przypadku odpowiadało okresowi generalizacji zarazka — na skórze istniały jeszcze przejawy drugorzędowe kiły — oraz z uwagi na to, że chory przybył do szpitala jeszcze przed rozpoczęciem ogólnego leczenia, kol. Sonnenberg rozpoznaje tu kiłową żółtaczkę wczesną. Brak wszelkich objawów chorobowych ze strony przewodu pokarmowego — pozwala tu wykluczyć żółtaczkę pochodzenia nieżytowego. Po 3 tygodniach swoistego leczenia żółtaczka prawie już ustąpiła.

b) Drugi przypadek dotyczy 24-letniej kobiety, obserwowanej również przez kol. Balicką. Przybyła ona do szpitala z osutką posalwarsanową, która wystąpiła u chorej po szeregu zastrzyknięć neosalwarsanu. Typ osutki był łuszczący się, przebieg — dosyć łagodny. Wkońcu drugiego tygodnia po ukończeniu kuracji, kiedy osutka miała się już ku końcowi, wystąpiła ciężka żółtaczka. Z uwagi na chwilę wystąpienia żółtaczki — w tym bowiem okresie kiły monorecydywa ze strony wątroby jest wykluczona — kol. Sonnenberg rozpoznaje przypadek posalwarsanowej żółtaczki wczesnej. Poparciem dla tego rozpoznania jest w tym przypadku poprzedzająca osutka posalwarsanowa oraz szybkie znikanie żółtaczki po zastosowaniu wyłącznego tylko leczenia dietetycznego.

c) Trzeci przypadek: 35-letni mężczyzna. Chory na kiłę od 3 lat. Ostatnią kurację swoistą przebył przed 9 miesiącami (salwarsan i bizmut). Do szpitala św. Aleksandra przybył przed 4 tygodniami z ciężką żółtaczką i znacznem powiększeniem wątroby. Z uwagi na chwilę wystąpienia żółtaczki kol. Sonnenberg wyklucza tu zarówno kiłową żółtaczkę wczesną, jak i posalwarsanową żółtaczkę wczesną i rozpoznaje hepatorecydywę kiły, czyli kiłową żółtaczkę późną.

Kol. Sonnenberg wspomniał jeszcze o obecnych poglądach na t. zw. posalwarsanową żółtaczkę późną i przytoczył główne argumenty, na które powołują się ci, którzy takiej żółtaczki nie uznają i wszelkie przypadki późnego występowania żółtaczki w przebiegu kiły zaliczają do hepatorecydyw, o ile żółtaczka nie jest wyrazem przygodnego powikłania (streszczenie własne).

2) Kol. Sonnenberg przedstawia 25 letnią kobietę, dotkniętą wilkiem pospolitym na twarzy, nosie i ustach. Jest to postać *wilka zniekształcającego (Lupus mutilans)*. W takim stanie, jak obecnie, przybyła pacjentka do Szpitala św. Aleksandra po raz pierwszy przed 9 laty. Tkanka chrząstkowa nosa była wówczas w znacznej części zniszczona, nozdrza były całkowicie zarośnięte, chora przez nos oddychać nie była w stanie. Rozmiary ust były sprowadzone do nieznacznego tylko otworku, przez który ledwo mogła przyjmować płynny pokarm (kol. S. pokazuje ówczesne zdjęcie fotograficzne chorej). Po osiągnięciu wówczas możliwej poprawy — czas bowiem naglił — kol. S. skierował chorą na oddział chirurgiczny, gdzie dokonano rozszerzenia otworu ust. Od owego czasu kol. S. chorej nie widział, chora bowiem wyjechała. Obecnie, przed kilku dniami, chora znów powróciła do szpitala w takim samym stanie, w jakim była przed 9 laty. W przyszłym tygodniu znów zostanie skierowaną na oddział chirurgiczny. (Streszczenie własne).

3) Kol. Sterling (prezes Towarzystwa) wygłosił wspomnienie pośmiertne z powodu zgonu ś. p. Dr. A. Puławskiego:

Szanowni Koledzy! Tow. Lekarskie Łódzkie utraciło jednego ze swych członków honorowych. Zmarł Dr. med. A. Puławski, Naczelny Lekarz Szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie. Wybrany jako członek honorowy przed 30 laty już wówczas zajmował miejsce wśród czołowych przedstawicieli świata lekarskiego polskiego. Wybitny internista z odchyleniem w swych zamiłowaniach lekar-

skich ku neurologji, pracował nad wielu zagadnieniami medycyny, uwzględniając szczególnie 2 tematy, którym poświęcił studja specjalne. Temi tematami były: histerja i choroba Basedowa; do leczenia tej ostatniej wprwadził *chininum brom.*, środek od wielu lat już porzucony; jego wartość poparł tak licznemi dowodami (w pracach monograficznych, ogłaszanych po polsku, po niemiecku i rosyjsku), że lek ten do dnia dzisiejszego utrzymał się w terapji. Przez długi szereg lat napływali na oddział szpitalny ś. p. Puławskiego i do jego gabinetu lekarskiego chorzy na Basedowa z całej Polski.

Drugim działem medycyny, u nas naogół nieco lekceważonym, a któremu Puławski poświęcił studja specjalne, było szpitalnictwo. Do studjów w tym kierunku nakłoniły go warunki praktyki. Zaczął ją jako lekarz miejscowy Szpitala Dzieciątka Jezus; przez lata 1899 do 1908 był kierownikiem zakładu leczniczego w Nałęczowie, a od roku 1918 aż do zgonu lekarzem naczelnym Szpitala Dzieciątka Jezus. Jako kierownik instytucji leczniczej zarówno w Nałęczowie jak i w Warszawie zasłynął dzięki znawstwu szpitalnictwa wogóle, a dietetyki szpitalnej w szczególności.

Pisma naukowe ś. p. Puławskiego nie ograniczały się do licznych wzorowo opracowanych przypadków kazuistycznych, jakie ogłosił, ponieważ w czasie lat 1910 do 1919 był jeszcze redaktorem „Gazety Lekarskiej", wychodzącej wówczas w Warszawie: pracą redaktorską wzbogacał dorobek piśmienniczy polski.

Ś. p. A. Puławski — zanim wstąpił na wydział lekarski — ukończył wydział uniwersytecki historyczno-filologiczny i przez lat 4 zajmował się pedagogją.

Jako mówca i świetny polemista, jako umysł dowcipny, wykwintny i pełen polotu był chętnie słuchany na wszystkich zjazdach lekarskich, w których przez całe życie brał udział.

Młodość Puławskiego przypadła na czas, kiedy społeczeństwu, a szczególnie młodzieży zaciążyły umysłowe kajdany t. zw. pracy organicznej, okres bierności społecznej, która była odruchem po czynnym wybuchu romantyzmu politycznego w czasie powstania styczniowego.

Praca publiczna w Polsce w latach 80-tych wyrażała się głównie w nielegalnem szerzeniu oświaty wśród ludu i uświadamianiu społecznem. Puławski należał do twórców Koła Oświaty Ludowej, organizacji wielkiego wówczas wpływu i praktycznej wartości. Na tem polu zyskał sobie uznanie całego społeczeństwa, jakkolwiek organizacja i jej działacze byli w sferze podziemnej. Jako człowiek był ś. p. A. Puławski energiczny, czynny, nie chowający się ze swem zdaniem, często w słowie i piśmie ironiczny, ale nigdy osobiście złośliwy; zawsze pełen dobrej wiary i szlachetnego zapału.

Całe życie pracował bezinteresownie w imię dobra publicznego zarówno na polu organizacji nauki, jak i społeczeństwa.

Cześć pamięci światłego lekarza, zasłużonego pracownika społecznego i jednego z najwybitniejszych obywateli doby ubiegłej.

Koledzy uczcili pamięć Zmarłego przez powstanie z miejsc.

4) Następnie kol. S t e r l i n g wygłosił odczyt pod tytułem: *„Zagadnienie gruźlicy w r. 1882 i w r. 1932"*. (patrz Nr. 19. P. G. L. b. r.).

P r o t o k ó ł p o s i e d z e n i a z dnia 2 marca 1932 roku.

1) Kol. F r i e d s t e i n przedstawił chorą z *ciężką niedokrwistością wtórną*, powstałą wskutek guzów krwawniczych, chorą leczoną ze świetnym wynikiem zapomocą zastrzykiwań chininy. Przypadek przedstawiony zasługuje na uwagę z tego powodu, że dowodzi, że metoda injekcyjna może być zastosowana z dobrym wynikiem i w bardzo ciężkich przypadkach.

2) Kol. S z y f m a n wygłosił odczyt pod tytułem: *„Przypadek zakażenia dwunastnicy i pęcherzyka żółciowego przez wielkouśćca jelitowego (lamblia intestinalis)*. (Praca ukaże się w druku).

W dyskusji zabierali głos kol. kol. Warszawski, Uryson, Załęski, Klinger, Kocen, Kokotek oraz prelegent.

3) Kol. B. F r e n k i e l i J. S c h w e i g wygłosili odczyt pod tytułem: *„O tarczy zastoinowej i jej znaczeniu rozpoznawczem"*. (Praca ukaże się w druku).

P r o t o k ó ł p o s i e d z e n i a z dnia 16 marca 1932 roku.

1) Kol. K l i n g e r przedstawia *2 przypadki włosów paciorkowatych* u dwojga dzieci bliźniąt — z ambulatorjum szpitala im. małż. Poznańskich (kierownik Dr. Kryński) *(Aplasia pilorum moniletormis congenita)*. Schorzenie należy do niezmiernie rzadkich; przyczyna schorzenia jest nieznana. Charakteryzuje się szorstkością włosów; włosy są łamliwe. Zauważa się szereg zwężeń i zgrubień. Należy brać pod uwagę podłoże konstytucyjne. Schorzenie należy do dziedzicznych. Kol. K r y ń s k i narysował drzewo genealogiczne tej rodziny ze schorzeniem powyższem, obejmujące 4 pokolenia z 80 osobami — w ciągu 100 lat.

W dyskusji kol. R e i c h e r jest zdania, że schorzenie zwane *keratosis pilorum* jest prawdopodobnie tą samą jednostką chorobową.

2) Kol. K r y ń s k i (wraz z kol. Ł a g u n o w s k i m) przedstawia *przypadek sklerodermji ograniczonej*, zajmującej przestrzeń odpowiadającą *nervi cutanei femoralis sin.*

3) Kol. R. B o r n s t e i n demonstruje dwa przypadki z oddziału Dra Goldbluma.

Pierwszy: *Sklerodermja ogólna.* Dolegliwości pierwsze — przed 6 laty w obrębie stawów kończyn dolnych i górnych oraz zmiany naczynio-ruchowe (palce obydwu rąk).

Obecnie skóra na całem ciele twarda, napięta, lśniąca, nie daje się ująć w fałd; przypomina pergamin. Całkowite unieruchomienie stawów kończyn górnych, dolnych i międzykręgowych. Przykurcz w stawach międzypaliczkowych.

Zmiany anatomo-patologiczne rozpoczynają się jako zjawienie się elementów embrjonalnych w tkance otaczającej tętniczki. Dalej we wszystkich otoczkach tętnic, stąd zaburzenia w odżywianiu. Naskórek ulega nieznacznym zmianom, natomiast zmiany wyraźne stwierdza się w samej skórze. Patogeneza niejasna. Być może, są to gruczoły dokrewne, choć i zmiany w nich spostrzegane mogą być pochodzenia wtórnego. Terapja: Poza Roentgenem i opoterapją, kwarc, masaż, kąpiele.

Przypadek drugi zasługuje na uwagę nietylko ze względu na rzadkość występowania u nas *bróżdogłowca szerokiego* i wywołanej przez tegoż *ciężkiej niedokrwistości,* lecz i na przebieg tejże. Obraz krwi całkowicie przypomina chorobę Biermera. Wskaźnik barw. = 1,1. Ery: 1 miljon. Wybitna anizocytoza, nieznaczna poikilocytoza, megalocytoza. Chora wobec bardzo ciężkiego stanu otrzymywała wstrzyknięcia kamfory i wątrobę doustnie. Stan jej stale się poprawiał mimo pozostawania pasorzyta w organiźmie oraz przerwy 8-mio tygodniowej w podawaniu wątroby. Obecnie: 5 milj. erytrocytów. Wsk. = 0.86. Stan ogólny dobry. Wątroba jest prawdopodobnie bodźcem wywołującym regenerację szpiku kostnego.

W dyskusji nad pierwszym pokazem zabierali głos kol. kol. Reicher, Berman, Załęski i Nestor Goldblum oraz prelegent.

W dyskusji nad drugim pokazem zabierali głos kol. kol. Praszkier, Załęski, Kryszek i prelegent.

4) Kol. A. K u n i c k i wygłosił odczyt pod tytułem: *„O umiejscawianiu nowotworów w półkulach mózgu"*. (Praca ukaże się w druku).

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

3-t y g o d n i o w y k u r s d l a l e k a r z y O ś r o d k ó w Z d r o w i a. W dniu 12 września r. b. rozpocznie się w Państwowej Szkole Higjeny 3-tygodniowy kurs dla lekarzy Ośrodków Zdrowia. Kurs ten ma za zadanie zapoznanie słuchaczy z zasadami i techniką pracy w Ośrodku Zdrowia. Program przewiduje, poza wykładami, pracę we wzorowych instytucjach higjeny społecznej oraz wycieczki. Słuchacze mogą korzystać z pomieszczeń bursy Państwowej Szkoły Higjeny. Zgłoszenia przyjmuje Sekretarjat Państwowej Szkoły Higjeny, Warszawa, ul. Chocimska.

Z kraju.

K o n k u r s. Stowarzyszenie Lekarzy w Krynicy ogłasza konkurs na pracę z zakresu balneologji ze szczególnym uwzględnieniem Krynicy. Pierwszeństwo mieć będą prace o działaniu wód krynickich na drogi moczowe. Warunki konkursu: 1) Prace, zaopatrzone w obrane godło, winne być przedstawione w 6-ciu egzemplarzach, pisanych na maszynie i przesłane pod adresem Stowarzyszenia Lekarzy w Krynicy — najpóźniej do dnia 15 listopada 1933, w załączonej, zamkniętej i oznaczonej godłem kopercie podane być ma imię, nazwisko i adres autora. 2) Nagrody za przyjęte prace ustalone są, jak następuje: 1. 1200 zł, 2, 800 zł, 3. 500 zł, które w szczególnych okolicznościach będą mogłby być połączone. 3) Rozstrzygnięcie konkursu odbędzie się podczas Zjazdu Lekarzy w Krynicy zimą 1934 r., na którym zgłoszone prace będą mogły być przez autorów referowane. 4) Prace nagrodzone stają się własnością Stowarzyszenia Lekarzy w Krynicy i mogą być przez nie podane do druku. Sekretarz (—) Dr. Mikołaj Bornstein. Prezes: (—) Dr. Ludwik Korybut-Daszkiewicz.